VIT. EMANUELE

BIBLIOTECA NAZIONALE VITT. EMANUELE
12
30
22

BIBLIOTECA NAZIONALE VITT. EMANUELE
55
12 A
16
ROMA

12
20
b
11

ELEMENTI
DI CHIRURGIA

DI FILIPPO LEONARDI

CHIRURGO PRIMARIO, E LETTORE DI ANATOMIA, CHIRURGIA, ED OSTETRICIA NELL'ARCISPEDALE DEL SS. SALVATORE AD SANCTA SANCTORUM, E LETTORE SOPRANUMERO IN QUELLO DI S. MARIA, E GALLICANO.

TOMO TERZO
CHIRURGIA OPERATORIA

BIBLIOTECA NAZ. ROMA VITTORIO EMANUELE

IN ROMA MDCCCXVII.
Presso Crispino Puccinelli Stampatore in Via della Valle num. 53.

Col permesso de' Superiori.

ALLA SANTITA' DI N. S.

PAPA PIO VII.

FELICEMENTE REGNANTE

BEATISSIMO PADRE.

Ecco ai piè della Santità Vostra il compimento delle Istituzioni Chirurgiche, delle quali vi degnaste accettarne la umile non meno, che ossequiosissima dedica. L'Autore nel proseguire, ed ultimare un lavoro, che

di sua natura importa la più laboriosa fatica, ha avuto la massima compiacenza di assecondare le benefiche mire di Vostra Santità. Pubblicato già era il Primo Volume, quando eretta fu nel Archiginnasio Romano la pubblica Scuola di Clinica Chirurgica, che mancava in questa Università, e che segna una linea ben luminosa alla storia di Vostra Beatitudine, per il frutto ubertosissimo, che è per derivarne a sollievo della misera Umanità. Fù inondato da vero gaudio il cuore dell' Autore nel vedere, che l' intera Opera delle presenti Istituzioni tutta era analoga, ed opportuna all' oggetto delle vostre paterne sollecitudini. Quindi si confermò vieppiù nell' idea concepita dalla benigna accoglienza delle medesime, che fregiate del Vostro Augustissimo Nome, nobiltà

acquistano, e bellezza, onde solo Vostra mercè andar possono liete, e superbe. Degnatevi adunque Padre Santo di rivolgere dal Pontificio Soglio, (sù del quale possa l'Altissimo a lunghi anni serbarvi,) uno sguardo di favore, e di protezione verso l'Autore, che si protesta colla più inviolata fedeltà, sincera riconoscenza, ed umile attaccamento.

Umo, Devmo, Fedmo Suddito
Filippo Leonardi.

INTRODUZIONE.

Operazione dicesi in Chirurgía quell' azione metodica della mano armata, o inerme del Cerusico, che è diretta a conservare, risanare, o restituire al proprio sito le parti del corpo umano. Secondo i varj oggetti, che ha in mira il Professore nel praticare un' Operazione, si sono divise le medesime in varie classi. Fino dai tempi più antichi queste classi sono state ridotte a quattro, e si sono chiamate *Sintesi*, *Dieresi*, *Exeresi*, e *Protesi*, secondo che l' operazione ha per oggetto di riunire le parti divise, ò di dividere le parti riunite, ò di estrarre qualche corpo straniero, o di estirpare qualche cosa superflua viziata e dannosa, o finalmente aggiungendovi quello, che manca per natura o per malattia. Queste diverse classi per altro non sono sempre divise fra loro; ma ci sono delle Operazioni, nelle quali si rinvengono riunite alcune di esse, o ancora tutte insieme, lo che dà luogo ad altre divisioni. *Sabatier* divide le Operazioni in quelle, che si fanno sulle parti dure, e sulle parti molli; ma questa divisione è meno utile per la pratica, che l' altra da noi accennata.

Trattandosi di fare un' operazione dee il Professore considerare in primo luogo, quale sia la ra-

gione, che lo determina ad agire: se a fronte delle inevitabili difficoltà possa risparmiarla, e quale sia la pratica più semplice, più sicura, e meno dolorosa, che deve adottare. Deve esaminare il temperamento dell' infermo, l' età, l' indole della malattia, e le conseguenze, che sogliono venire dietro all' operazione, se essa sia d' esito incerto, se in questo caso sia meglio lasciare il malato con la sua malattia, che esporlo all' operazione col pericolo della vita, e simili altre considerazioni, le quali anderanno fatte con tanto maggiore attenzione, quanto maggior pericolo porta seco l' operazione medesima.

Dopo che il Cerusico avrà riflettuto a questi punti, deve determinare il tempo per l' operazione. Sotto questo punto di vista abbiamo due specie di operazioni, quelle cioè che si richiedono sul momento; come per esempio la trapanazione, la broncotomia, l' esofagotomia ec. Altre poi, che si possono differire molto tempo senza danno notabile dell' infermo; come per esempio la cateratta, il labbro Leporino ec. In questi casi, ne' quali l' operazione si può differire, fa d' uopo aspettare, che la stagione, lo stato del malato, e le circostanze tutte sieno le più favorevoli possibili, onde sperarne un buon esito. E' bene ancora, potendosi, che si prescelga l' ora nel giorno destinato da operare l' [illegible] quale ci sembra più adattata

verso la sera, che nella mattina, per essere tanto l'operando, che l'operatore meno sensibili. Egli è necessario ancora riflettere, se deesi preparare il malato con qualche medicamento, o con qualche metodo di cura prima dell'operazione.

Stabilito finalmente il tempo dell'operazione, ed il metodo, che il Professore avrà prescelto per operare, deesi considerare ciò, che si debba fare prima dell'operazione, nel tempo della medesima, e dopo. Prima dell'operazione dee il Chirurgo esaminare attentamente il carattere morale del malato, onde poterlo persuadere all'operazione, ed indurlo ad acconsentirvi di sua spontanea volontà, procurando massimamente di non spaventarlo, molto più se desso sia di indole timida, e pusillanime. In secondo luogo sarà molto attento il Professore di preparare tutto il necessario per l'operazione, egualmente per gl'istromenti, che per l'apparecchio, e pel sito, in cui dovrà essere situato il paziente, onde resti nella miglior comoda posizione, tanto per se stesso, quanto per l'operatore. Dovrà avere il Cerusico il numero degli Assistenti, sì per tener fermo il paziente nel tempo dell'operazione, come ancora per farsi somministrare gli opportuni stromenti, e per essere d'ajuto alla manualità stessa, qualora sia necessario. Gli stromenti procurerà, che siano in ottimo stato, e segnatamente quelli, che

debbono incidere, i quali siano bene affilati, e così pure l' apparecchio, che sia compiuto, e tutto di buona qualità, potendosi alle volte il Professore trovare in grande imbarazzo, se manchi qualch' oggetto, o sia di cattiva qualità, venendosi allora a prolungare di molto l' operazione, e facendosi soffrire molto di più il paziente, cosa che devesi, per quanto è possibile, evitare. Non si fiderà quindi l' operatore di alcuno sulla preparazione degli stromenti, e dell' apparecchio, ma dovrà egli stesso il tutto esaminare, e vedere, se è proprio, ed adattato.

Preparato quanto abbiamo detto di sopra, e disposto il paziente, sì nel fisico, che nel morale, si accingerà il Professore all' operazione. Sceglierà a questo fine il metodo il più pronto, e sicuro di tutti; procurerà, che all' operazione ci sia presente il minor numero possibile di persone, e quelle soltanto necessarie all' operazione stessa. Operando, deve egli essere preparato ad una tranquillità d' animo, che è quanto dire, ad operare col maggior sangue freddo possibile senza lasciarsi spaventare dalle grida del malato, anzi procurerà di dar coraggio al medesimo. L'operazione si praticherà colla maggior sollecitudine, senza per altro affrettare in modo, che si venga a mancare in alcuna parte essenziale della mede-

che si venga a fare qualche cosa

Fattasi l' operazione, procurerà il Professore di praticare tutto ciò, che serve per coadjuvare il vantaggio, che se ne attende, o per impedirne gli effetti nocivi, che suole produrre la medesima. Dovrà perciò prevedere, che non accada emorragia violenta, applicando l' apparecchio conveniente, e lasciando il paziente in custodia di Assistenti pratici, e vigilanti. Qualora l'apparecchio debba rimanere per molti giorni, dovrà il Professore visitarlo in diversi tempi per vedere, se il tutto resta in sito, ed in buona disposizione. Sarà cura del Cerusico di attendere al vitto del paziente, prescrivendo al medesimo una dieta esatta, che non possa produrre infiammazione violenta, o altri disordini pericolosi; l' aria dovrà essere sana, e la camera ventilata, segnatamente quando l' operazione porti seco delle abbondanti suppurazioni. Se l' operazione sia di qualche conseguenza, dovrà il paziente rimanere nella maggior quiete possibile, e lontano da qualunque disturbo, inclusivamente dalla luce. La parte operata resterà nella situazione la più conveniente non meno per prevenire l'emorragia, che per mantenere il vantaggio prodotto dall' operazione, e per non scomporre l' apparecchio, ed accrescere i dolori al paziente. Se questi venga molestato assai dai dolori dopo l' operazione, sia per conseguenza necessaria della medesima, sia pel tempe-

ramento irritabile del soggetto stesso, studierà il Professore di quietarli coi calmanti locali, o cogli oppiati dati internamente.

Noi esporremo in questo nostro Trattato le principali, e più interessanti operazioni di Chirurgia, lasciando quelle, che al presente non sono più in uso. Lo stesso faremo riguardo ai metodi, ristringendoci per brevità ai più sicuri, e più scelti. Due parti della Chirurgia Operatoria verranno escluse da questo nostro trattato, cioè l' operazioni, che riguardano i denti, e quelle, che appartengono all' arte, che ajuta a ben partorire detta comunemente *Ostetricia*, giacchè queste due parti soglionsi da tutti gli Scrittori trattare separatamente. Divideremo le operazioni in cinque classi, secondo, che esse si praticano, sul capo, sul collo, sul petto, sull' addome, e sulle estremità. Nulla aggiugneremo poi sulla Natura delle malattie, che richieggono l'operazione, avendone già trattato negli altri Volumi, dove si è esposta la Chirurgia Medica.

PARTE SECONDA
CHIRURGIA OPERATORIA

CAPO I.

OPERAZIONI, CHE SI PRATICANO SULLA TESTA.

ARTICOLO I.

Della Trapanazione.

Si è già parlato nel primo volume di queste istituzioni Chirurgiche delle ferite, fratture, ed altre offese della testa, nelle quali gli è di necessità l'operazione del Trapano, e si è accennato che essa ha luogo in tutti quei casi, ne' quali esiste depressione di osso con frattura, ed i sintomi sono gravi, e pericolosi; come ancora in quelle circostanze, in cui ancorchè non vi siano segni di frattura, ne vi si trovi ferita all' esterno, pure alle volte dalla contusione, che si rincontra, e dagl' indizj che si osservano nel paziente, come la paralisi di un lato del corpo, congiunta al dolore in una parte del Cranio, si può dedurre, che esista uno stravaso nell' interno di esso, onde si possa giusta il sentimento di *Percival Pott*, e *Francesco Quesnay* intraprendere la trapanazione. Noi però abbiamo esposto a suo luogo le ragioni per le quali raramente si debba istituire cotesta operazione nello stravaso di sangue sotto il Cranio, ed altresì ripetiamo, che sebbene per la quantità del sangue stravasato, e per i sintomi, che indicano presso a poco la situazione del medesimo, potrebbe aver luogo la trapanazione; ciò non pertanto possiamo

sperarne la risoluzione, avendo in simili casi degli esempi di perfetta guarigione sotto l' uso di salassi presso che locali, cataplasmi emollienti sopra tutta la testa, indi vessicanti, o bagni freddi, come abbiamo altrove esposto, e non che replicati minorativi salini. Si può talvolta escludere eziandio la trapanazione nella frattura del cranio con depressione, poichè se questa sia tale, che i pezzi degli ossi presentino fra loro qualche distanza, allora esiste fra essi uno spazio sufficiente per introdurvisi gli stromenti, onde rilevare gli ossi depressi, estrarre i pezzi, che potrebbonsi essere internati nelle parti sottoposte, e dar esito al sangue stravasato, se questo vi si fosse. In genere l' operazione del trapano è adunque necessaria meno frequentemente di quello si crede, e lo stravaso fra la dura madre, ed il cranio, può essere un raro caso, che lo esiga; *Dessault* crede, che essa non convenga, che nei soli casi di effusione, e d' infossamento, o depressione; ma giammai nelle ferite prive di tali accidenti.

Quando secondo questi principj averà il professore creduto, che faccia duopo l' operazione del trapano preparerà gli stromenti necessarj per la medesima. Questi sono varj, e molti secondo i varj oggetti, che si hanno in mira nell'operazione stessa. Noi annoveriamo qui i più necessarj a conoscersi, ed i più utili per ben eseguire la suddetta. Essi possono comodamente dividersi in due classi, quei cioè, che sasanno adattati per forare l' ossa del cranio, e quei che servono per elevare gli ossi depressi; fra quelli poi della prima classe si annovera in primo luogo il trapano propriamente detto; e questo è composto di un albero, a cui si adatta un pezzo chiamato *perforativo*, e varie corone. Oltre il trapano servono al medesimo oggetto i *trivatoi*, il *tirafon-*

do, il quale è stato rimpiazzato dallo stromento recentemente inventato da *Heine*. Il trapano può essere di due specie, l' antico cioè, e quello proposto da *Sharp* detto *Trefine*. Il primo è composto di un albero piegato in quattro luoghi ad angoli retti, la di cui estremità superiore è fornita di un pomo, a cui si appoggia la palma della mano sinistra dell' Operatore, onde tenerlo fisso nella stessa direzione; e l' altra estremità serve per fissarvi il perforativo, e le corone. Il trapano moderno è più picciolo, ed è composto di un albero retto, a cui è fissato nella parte superiore trasversalmente un manubrio, che serve per farlo girare con una mano. L' antico riesce ordinariamente più comodo, ma offre ancora maggior vantaggio, se a questo vi è la punta stabile, che fa le veci del perforativo, e della punta piramidale. Questo stromento è stato corretto da *Bichat*, e particolarmente descritto nell' opera di *Dessault*. Esso esclude dall' apparecchio componente gli stromenti necessarj per la trapanazione il *meniugofilax*, il *tirafondo*, e l' *esfoliatore*, e lo riduce all' albero, alle corone, le quali possono elevarsi, ed abbassarsi, agli elevatori, ed ai raspatori. Il perforativo è terminato in punta quadrangolare, le corone sono dentate in basso, onde agiscono a guisa di sega, e sono di varia grandezza. Quelle, che si adattono all' albero del trapano con l' estremità amovibile sono nella sommità perforate da un' apertura, per cui si rendono fisse mediante una vite all' estremità inferiore dell' albero in quel punto di questa, che richiede l' indicazione diversa nella resezione dell' osso. Le altre sono fornite nel mezzo di un perno acuto, alquanto più lungo della corona stessa, e che serve a mantenerla in sito, ma che si può togliere con una chiave fatta a tale oggetto. *Richter* preferisce

con ragione le corone di figura cilindrica, e piuttosto grandi. Il *raspatojo* è un piccolo stromento tagliente, che serve a distruggere il pericranio. Finalmente lo stromento di *Heine* consiste in una piccola vite terminante in una estremità con un piccolo foro, nel quale si fa entrare una specie di oncino fissato in un manubrio, per così estrarre il pezzo d'osso segato, se dopo la resezione del medesimo sia rimasto sopra la dura meninge. Ci sono altri stromenti, che noi passiamo sotto silenzio per essere generalmente in disuso.

Gli stromenti per elevare gli ossi depressi sono principalmente l'elevatore ordinario, quello a tre branche, e finalmente quello di *Petit* emendato da *Lovis*. Il primo, ed il secondo sono assai incomodi, quindi passiamo a descrivere brevemente quello corretto dal *Lovis*. Questo consiste in un'arco, sopra a cui è fissa una leva un poco curva alla sua estremità. *Petit* voleva, che la sua leva fosse fornita di molti buchi per poterla fissare ad un perno, che ritrovasi sull' arco stesso, e che viene fissato a cerniera. *Lovis* ha sostituito a questo meccanismo una palla d' acciajo fornita di un perno, e che girando sull' arco in tutti i sensi rende assai più comodi i moti della leva.

Esposti i diversi stromenti necessarj per cotesta operazione, noi sciegliamo quelli, che servono a rendere la medesima più facile, e più sicura, che è quanto dire anteporre l' albero a punta fissa. Fa di mestieri qui il riflettere, che facendosi uso di questo stromento può accadere, sebben raramente, che il pezzo di osso segato non resti tra la corona, e la punta stabile del trapano; quindi è necessario avere uno stromento per estrarre il suddetto pezzo d' osso, restato sopra la dura madre. [illegible] di *Heine* [illegible] questo caso

adoperare, poichè l' estremità dell' albero non permette impegnare la vite nel foro, che esiste nel mezzo dell'osso, che si sega prima di terminare la resezione del medesimo. Il tirafondo è stato generalmente proscritto per la compressione, che facilmente produce sopra il cervello, non che la tenaglia incisiva, e la leva apportando ancora questi degl' inconvenienti, quindi ci sembra, che in questo caso possa servir bene uno stromento a guisa di pinzetta anatomica terminante però con una branca, come un piccolo cono per adattarlo alla figura del foro, che ritrovasi nell' osso già diviso; l'altra branca, che termini quasi come l' ordinarie pinzette anatomiche, avente per altro una sensibile ineguaglianza nel terminare di essa, per renderne più stabile la presa dell' osso stesso.

Preparati pertanto gli stromenti conviene, che il Cerusico disponga l' apparecchio per la medicatura. Esso consiste in primo luogo nella *Sindone* così detta, che è un pezzo di tela un poco più grande dell'apertura che si fa nel cranio; Altresì sono necessarie delle turunde di fila circa della medesima grandezza della corona del trapano, altre fila, compresse, una berretta da notte, ovvero un fazzoletto per situarlo a guisa di berretta, uno scopettino, e degli stuzzicadenti.

Messo in ordine quanto fa d'uopo si passa all' operazione. Si raccomanda a questo proposito primamente riflettere alla parte, sulla quale essa dev' essere eseguita. Il punto da scegliersi sarà vicino all'osso stesso da elevarsi, evitando per quanto si può alcune parti del capo che siamo per accennarle. I luoghi in cui i Professori di Chirurgia credono dannosa l'applicazione del trapano sono in primo luogo le suture, poichè verrebbesi facilmente a produrre la lacerazione di quei vasi, che dalla dura

madre passano per le medesime al pericranio. L'offesa dei seni della dura madre rende ancora pericolosa la trapanazione sulla sutura sagittale, e sulla lambdoidea &c. I più recenti altronde sostengono, che si possa praticare la trapanazione in queste parti senza alcun pericolo, giacchè si hanno degli esempi di questa operazione praticata sulle medesime senza alcun'offesa. Sarà per altro miglior consiglio l'astenersene. Il trapanare su i seni frontali, offre non solo difficoltà nell'eseguire l'operazione per il naturale allontanamento delle due tavole ossee; ma eziandio per la facilità di produrre una fistola incurabile, e quindi deve il Professore evitarlo. Sarà bene ancora di tener lontano l'osso temporale mentre abbiamo de'casi, ne quali l'incisione del muscolo *Crotafite* ha prodotto gravi danni. Per altro alcuni Scrittori recenti, e segnatamente *Richter*, *Copland*, *Schmucker*, ed altri sono di sentimento, che possa applicarsi il trapano non solo sull'osso temporale, ma ancora in qualunque parte del cranio, giacchè, essi dicono, se ciò si faccia con cautela nelle anzidette parti accennate resterà l' operazione solo più difficile, ma non mai di pericolo tale da doversene astenere in caso di necessità.

Prescielto il luogo dell'operazione dovrà situarsi il paziente per guisa, che la sua testa sia posta in sito comodo, e stabile, al qnale fine si porrà sopra un cuscino ben sodo, si procurerà per quanto si può, che la parte da trapanarsi sia la più elevata. Ciò fatto si verrà all' incisione degl' integumenti. Questa si farà in forma di lettera *T* o di *V*, che sono le migliori, e da preferirsi alla cruciforme, o alla rotonda da alcuni proposta. Si alza indi la cute col coltello, e si raschia col raspatojo il pericranio, onde lasciare l' osso allo [illegible] In seguito si applica il [illegible]

della sua corona segante, fissata in quell' altezza adattata, affinchè l'estremità puntuta del medesimo agisca come il perforativo, che girando l' albero egualmente, e leggermente verrà a formarsi un piccolo foro, come se fosse fatto dal perforativo stesso. Allora il Professore invece di togliere dall' albero il perforativo, come soleva farsi, abbasserà la corona per guisa, come se la medesima fosse guarnita della sua piramide. Il modo di adoperare la corona del trapano egli è quello di appoggiare la fronte, o il mento sopra il dorso della mano sinistra, la cui palma è situata sul pomo dell'albero, e girare il medesimo leggermente con la destra, fino che siasi ricisa la lamina esterna dell'osso, lo che si capirà dalla minore resistenza, che si sente, e dalla segatura, o polvere di color rosso, che si vede fra i denti della corona, benchè esse qualche volta manchino. Tostochè si è osservato, che la corona ha formato una traccia sufficente, onde non possa più escir di sito, invece di togliere la piramide, e porvi la piccola vite di *Heine* come dovrebbesi fare, se il Professore si servisse dell'albero del trapano a punta mobile, si abbassa soltanto la corona, e nel tempo stesso si pulisce con uno stuzzicadente il solco fatto dalla medesima, e con uno scopettino la corona istessa. Si applica quindi nuovamente l'albero con la corona, ed allora si può fare girare con maggior velocità, in maniera per altro, che resti sempre perpendicolare, affinchè l'osso venga egualmente segato da tutte le parti. In tal guisa di leggieri potrà avvedersi il Professore, che il pezzo d'osso è vicino a vacillare, per lo che condurrà il trapano molto lentamente, acciò non abbia a recidere senza la dovuta cautela la lamina interna del cranio, ed offendere con violenza la dura madre, ed il Cervello.

Quando l'osso è del tutto diviso rimane coll' ajuto della punta stabile dell'albero nella circonferenza della corona. Può per altro accadere benché di rado, che il segato pezzo d'osso resti sopra la dura meninge; ed allora mediante il nuovo stromento introdotto con la sua branca puntuta nel foro, che esiste nel mezzo dell' osso separato dalla corona, e l'altra in un punto della circonferenza di questo, si giunge ad estrarlo con facilità dal cranio. Estratto poi che sia il pezzo d' osso dal cranio, ovvero che sia egli rimasto tra la corona, e la punta dell'albero si ripeterà la stessa operazione in altri luoghi vicini, se sia d' uopo una maggiore apertura per l' oggetto per cui si è praticata l'operazione. Se la trapanazione siasi eseguita per dar esito al sangue stravasato si procurerà per quanto è possibile, di trapanare nel luogo dove si suppone esistere lo stravaso, lo che per altro non sempre riesce, ad onta dei segni indicati, e creduti i più certi. Fatto il foro si procura l' esito del fluido segnatamente con la situazione adattata della testa. Se lo stravaso si possa supporre sotto la dura madre si aprirà essa col bistorino. Se poi l'oggetto di cotesta operazione sia stato quello di elevare uno, o più pezzi d'osso depressi, non sarà difficile conseguire l' intento facendosi uso della leva già di sopra descritta. Si starà in quest' azione molto attento particolarmente di elevare, o togliere le schieggie di osso, che potrebbono essersi internate nella dura madre, o nel cervello.

Adempito in tal modo l'oggetto per cui si è fatta la trapanazione si dovrà medicare il malato. Si porrà la sindone al di fuori dell'osso, lo che sarà molto meglio, che di applicarla fra il cranio, e la dura madre come si faceva anticamente. Questo impedisce che le fila entrino frà il cranio ed

il cervello, o le sue membrane. Sulla sindone si pongono le fila senza bagnarle in cose irritanti, come d' alcuno si pratica, e sarà meglio far uso degli emollienti, applicandovi sopra la compressa, e la fasciatura accennata. Il malato verrà posto nella situazione più propria, e si terrà nella dieta regolata, quiete etc. non tralasciando le bevande antiflogistiche, l'emissioni di sangue, e tutto ciò che può esigere la qualità de'sintomi, che alle volte sogliono sopraggiungere, che noi già abbiamo accennato parlando della cura delle offese di testa. A poco, a poco si vanno in questo modo formando sulla superfice della dura madre, e dell'osso dei piccoli bottoncini carnosi i quali si vengono a riunire fra loro, e formano una nuova sostanza, che supplisce all'osso, che si è tolto, ma non essendo essi di egual consistenza del medesimo fa di mestieri, che il malato dopo la guarigione ricuopra la parte con qualche adattato corpo, che lo difenda dalle ingiurie dell'aria, ed impedisca con la sua compressione l'ernia del cervello. Il Professore medicherà la piaga due volte il giorno, o più spesso secondo il bisogno, e giusta la qualità della materia, che la suddetta fornisca. Se sia necessario si adopereranno ancora delle injezioni di decotto d' ipericon, di meliloto &c.

ARTICOLO II.

Della Cateratta.

L' operazione della cateratta consiste nel togliere la lente cristallina dal suo luogo, quando essa sia divenuta opaca, ed impedisce, che i raggi visuali possano nuovamente convergersi fino alla retina. Si è già da noi altrove dimostrata la natura della

malattia, ed i segni della medesima, ne altro ora vi rimane, che di esporre i casi, ne'quali conviene l'operazione, ed i diversi metodi di praticarla. I più recenti Scrittori consigliano di fare l'operazione quando ambedue gli occhi sono affetti da cateratta, e di aspettare, che essa sia matura, ch'è quanto il dire quel punto, in cui non si distingue più che la sola luce, giacchè potrebbe altrimenti accadere, che il paziente deteriorasse il suo stato coll'operazione. Se la cateratta sia accompagnata da amaurosi, ossia paralisia del nervo ottico si crede inutile l'operazione, benchè da qualcuno si consiglia dietro gli esempj di guarigione di codesta malattia. Il Professore *Himly* ci assicura di aver dissipata in molti individui l' amaurosi prodotta da debolezza indiretta per mezzo di raggi concentrati di luce, e diretti nell' occhio affetto, mercè una lente convessa. *Hufeland* dice di aver ottenuto in simili occasioni il medesimo successo esponendo il malato più volte al giorno a guardare il Sole. Noi abbiamo di recente guarito in questo Arcispedale un amaurosi perfetta causata da miasma venereo sotto l'uso delle unzioni mercuriali, fatte alla pianta dei piedi, unendovi un setone al collo fino alla guarigione: Dopo di questa fu stabilito un fonticolo al braccio, e fu tolto il setone. Nei malati, che hanno qualche vizio negli umori non si dovrà eseguire l'operazione della cateratta prima di averlo debellato cogli adattati rimedj, a motivo dell' infiammazione violenta, che può sopraggiungere. In genere tutt'i pratici convengono, che si debba praticare codesta operazione, della cateratta quando il colore opaco della lente è uguale per tutto, e quando i malati non veggono, che debolmente la luce, e distinguono soltanto l'ombra degli oggetti, purchè però l' iride si contrae

cuni sono di sentimento, che anche senza, questo ultimo segno possa praticarsi l'operazione con esito felice; altri poi credono, che non debba essa eseguirsi senza che siano affetti ambedue gli occhi, poichè stimano, che il togliere il cristallino da un occhio, mentre l'altro sia sano, possa essere a questo di grave nocumento.

Tre sono i metodi di fare l'operazione della cateratta, il primo, e più antico si è quello della depressione, il secondo più recente si è quello dell'estrazione, il quale per altro si è praticato fino dal primo secolo, come riporta *Sprengel* nell'istoria delle principali Operazioni di Chirurgia. Il terzo metodo inventato si è quello della *reclinazione* altrimenti detta *Cheratonissi*, della quale si parlerà in appresso.

Il metodo dell'estrazione ha avuto molto applauso, ed è stato dalla maggior parte abbracciato, abbandonando il primo. In seguito per altro fu da molti, e segnatamente da *Scarpa* rimesso in credito quello della depressione. Se abbiamo da dire il vero sembra, che la depressione sia meno imbarazzante, e più semplice dell'estrazione, ma conviene ancora assentire, che quelli, che vengono operati coll'estrazione ricuperano la vista più perfettamente, che gl'altri, e senza timore di cateratta secondaria, potendosi non di rado nella cateratta col metodo dell'estrazione portar via la lente in un colle capsole.

Per praticare la depressione non sono necessarj altri stromenti, che un ago adattato, cioè piatto, e doppiamente tagliente nella sua estremità. Alcuni Oculisti Inglesi, e Tedeschi, e più recentemente di tutti il nominato *Scarpa* nostro Italiano hanno proposto di curvare leggermente l'estremità, lo che facilita molto l'operazione. Il malato verrà

situato incontro ad una sufficiente luce in modo però, che questa cada obbliquamente sull' occhio, acciò non abbia a restringersi la pupilla, e fattogli coprire l' altr' occhio si farà appoggiare il capo al petto di un ministro situato in piedi dietro il paziente. Esso potrà colle mani tener ferma la testa, e nello stesso tempo sollevare la palpebra superiore colle dita, le quali verranno appoggiate sul globo dell' occhio, onde tenerlo fisso, ovvero si potrà applicare l' ansa composta di un doppio filo d' argento, e fatta sostenere dal medesimo assistente senza servirsi del così detto *Speculum oculi* inventato da *Girolamo Fabrizio d' Acquapendente*.

Situato in codesta maniera il malato il Professore operante si porrà incontro il medesimo, e tenendo l' ago nella sua mano, come una penna da scrivere, colla destra se l' occhio da operarsi è il sinistro, e se il destro colla sinistra si atterrà al seguente metodo, che è il migliore per deprimere la cateratta. Introdurrà egli l' ago dalla parte dell' angolo esterno dell' occhio nella sclerotica una buona linea distante dalla cornea lucida corrispondendo una mezza linea circa più in basso della metà della medesima, quindi si fa penetrare nella camera posteriore così detta di quest' organo. Quando è penetrato per guisa, che si vegga dalla pupilla, si procura di fissarlo sul bordo superiore del cristallino, ed indi si viene a spingere indietro, ed in basso, tenendolo qualche momento in questa situazione, che si rende orizzontale pel cristallino depresso, nel fondo dell' occhio, e facendo nello stesso tempo alzar il medesimo al malato. Se si manca di questa precauzione è più facile, che la lente risalisca, e produca nuovamente la cecità.

Questo risalimento della lente non è il solo inconveniente che possa tener dietro [illegible] della depres-

sione, poichè l'emoragia nell' interno dell' occhio prodotta da lesione della coroidea, ovvero da quella dell' iride, o dei processi ciliari può impedire il compimento dell' operazione per l' intorbidamento istantaneo, che produce nell' umor acqueo, e quindi si rende indispensabile terminare la depressione senza vedersi dall' operatore la pupilla dell' infermo, anzi qualche volta in questo caso per la continuazione dell' emoragia, egli è obbligato ritirare l' ago, ed aprire la cornea lucida per dar esito in un coll' umore acqueo ai piccoli grumi di sangue, e così allontanare una susseguente pericolosa infiammazione dell' organo stesso. Nel deprimere la lente è accaduto eziandio non raramente vederla passare nella camera anteriore, ed obbligare egualmente il Professore ad incidere la cornea per darle esito. Può ancora la depressione apportare l'amaurosi per la compressione esercitata nell' operazione sopra della retina. Varj per altro di questi inconvenienti, o si potrebbono da mano perita non di rado evitare, o rimediarvi qualche volta se per disgrazia si presentano; ma noi che intendiamo parlare ai giovani studenti di Chirurgia, i quali debbono acquistare coll' esercizio della mano quella facilità tanto necessaria per ben eseguire l' operazione della cateratta, non sapremo mai consigliarli di acquistarselo a danno neppur di uno di quei disgraziati, che si sottopongono per necessità ad una operazione, colla quale di sovente caderebbero in una disgrazia anche peggiore della malattia medesima; quindi è, che essendoci per essa un metodo facile, e più sicuro assieme per liberarne il malato, cioè l' estrazione del cristallino, dovremo per conseguenza sempre questa preferire potendosi esercitare sul cadavere, per poi ben eseguirla sul vivente; all' incontro non si possano dimostrare i

varj sfavorevoli effetti dell' operazione eseguita sul cadavere, esercitando il metodo della depressione; poichè i piccoli vasi accennati di sopra, che possono restare feriti sul vivente, non gettano sangue sul cadavere, come ancora la compressione, più o meno forte, nel fare la depressione della lente sul medesimo, non può dimostrarci i danni, che ne susseguirebbero alla retina, come forse accaderebbe se si fosse praticata sul vivente.

Supposto per altro, che siasi fatta la depressione della cateratta si dovrà medicare il malato, lo che si farà cuoprendo l' occhio con una pezza, che sia fissata mediante una fascia sul capo. Non si visiterà la parte operata sino al terzo giorno almeno, purchè qualche sintoma non costringa farlo prima; e l' infermo si collocherà in camera oscura, e gli si proibirà qualunque moto violento col capo. Si averà attenzione di asciugare l' occhio dalle lagrime, che scorrono, e non si esporrà alla luce, che a gradi. La dieta sarà esatta, e regolata per prevenire l' infiammazione. La cura ordinariamente durerà 15. o 20 giorni.

Rincontransi talora nell' operazione della cateratta per depressione alcuni sintomi, i quali si presentano ancorchè la medesima siasi fatta da mano esercitata, e che meritano una particolare attenzione. Questi sono segnatamente le convulsioni, il vomito, il dolore violento, e l' infiammazione. I primi sintomi dipendenti da irritazione nervosa si calmeranno facilmente coll' uso dell' opio dato internamente, o per mezzo di cristieri, ovvero per frizioni secondo il metodo di *Brera*.

Per quello, che si appartiene al vivo senso del dolore prodotto dall' infiammazione si farà uso a questo fine di tutti i mezzi antiflogistici praticando [illegible] i salassi necessari, le bibite antiflogistiche,

i minorativi, la dieta rigorosa ec. Qualora diasi il caso che la lente risalisca, non vi ha altro mezzo, che operarla nuovamente; ma la seconda operazione riesce più facile della prima. Resta finalmente ad avvertire, che se ambedue gli occhi siano affetti da cateratta, sarà miglior partito l'operare il secondo dopo la guarigione del primo, molto più se l'eseguita operazione abbia portato sintomi notabili.

L'estrazione della cateratta pubblicata in questi ultimi tempi da *Daviel*, ed eseguita la prima volta da *Antillo* consiste nel far passare la lente nella camera anteriore dell'occhio, e farla uscire per un taglio fatto nella cornea. Per fare questo taglio si sono inventati varj stromenti, che per brevità tralasciamo di descrivere, molto più che non sono in uso, e possono vedersi tutti riportati nella medicina operatoria di *Sabatier*. I due de' quali al presente si servono i pratici sono i coltelli di *VWenzel*, e quello di *Richter*, e differiscono in questo, che il primo cioè è panciuto nelle parte tagliente, ed il secondo è retto. Comunemente si preferisce quello di *VWenzel*.

Per fare adunque codesta operazione col consueto metodo dopo aver preparato il malato come per la depressione si farà situare nella stessa maniera, e coperto parimenti l'altr' occhio e facendo tenere allontanate alquanto le palpebre l'una dall'altra per mezzo delle anse di filo di argento, le quali servono ancora di mantenere l'occhio fisso, si prenderà dal professore il coltello indicato tenendolo nella mano come una penna da scrivere, e s'introduce la punta del medesimo nella cornea lucida nella parte di mezzo di essa, mezza linea circa distante dalla sua unione colla cornea opaca. Si spinge indi il coltello verso la parte opposta,

e si fora nello stesso luogo; di poi abbassando il coltello, si viene ad aprire tutta la parte inferiore della cornea lucida. Molti pratici credono necessario per fare questa apertura l' istromento di *Pamard*, o di *Demours* per fissare l' occhio, altrimenti esso si porta involontariamente verso l' angolo interno. Il detto stromento chiamato *Oftalmostato*, ma precisamente quello corretto da *Demours* dicesi, che possa permettere di tenere nel medesimo tempo abbassata la palpebra inferiore colla palma del dito, cui esso è fissato. Noi per altro conosciamo essere il più comodo quello di *Pamard*. Fatto il taglio esce l' umor acqueo, e qualche volta avviene che venga ad escire dal medesimo la lente con la capsula, oppure essa soltanto, lacerando questa che la contiene. In caso, che ciò non succeda si potrà ajutare l' esito della lente con una leggiera pressione sull' occhio, ma se questo non sia bastante attesa la resistenza, che presenta la membrana capsulare, ed i raggi ciliari farà di mestieri tagliare la medesima per mezzo di uno degli stromenti adattati, e questi sono l' ago da cateratta, il cistotomo di *La Faje*, il piccolo bistorino di *Tenon*, o il coltello di *Siegierist* terminante in un ago tagliente, de' quali il primo è il migliore, e si introduce per la pupilla senza aver bisogno di sollevare il lembo reciso della cornea col cucchiajo di *Daviel*.

Dopo l' apertura della capsula accade per lo più spontaneamente l' uscita del cristallino, altrimenti si lascia un momento l' occhio in quiete, indi con lieve pressione sul bulbo se ne promove l' esito per la pupilla, e da questa per l' incisione della cornea. Può accadere talora, che la lente non passi subito per la pupilla, perchè questa sia troppo ristretta, ed inallora sarà sufficiente

guito la leggiera pressione la quale si rende sempre sufficiente, benchè in estremo caso si commenda l'applicazione per qualche ora di un leggiero cataplasma sedativo sopra le palpebre, e finalmente la dilatazione della pupilla. Nel caso che l'indicato ristringimento della pupilla esista prima dell'operazione il Cerusico potrà facilmente conoscerlo, ed allora è stato raccommandato come efficace applicare sul bulbo qualche giorno innanzi la medesima un cataplasma fatto con foglie di belladona, o anche servirsi poco prima dell'operazione di una decozione di questo vegetabile, la quale s'inietta fra le palpebre.

Si può riunire talvolta nella cateratta un aderenza tra la capsula, e l'uvea che rende difficile l'operazione; ma in questo caso vi è sempre il ristringimento, o chiusura della pupilla prodotto dall'infiammazione pregressa, che ha formato l'aderenza, quindi si riportiamo su di ciò a quanto esporremo per l'imperforazione, o ristringimento della pupilla.

Alcune altre cautele vanno usate in questa operazione rispetto lo stato della cateratta. Se essa sia sciolta, ossia lattiginosa, o purulenta appena incisa la capsula si vede escire il fluido bianco, che intorbida la pupilla; ma che uscendo sollecitamente dall'occhio la lascia libera restando però alcuni filamenti, ed alle volte porzione del cristallino; quindi si è consigliato all'oggetto di estrarli, l'uso delle pinzette, o altro stromento adattato, temendo, che possano apportare impedimento alla visione. In questo caso *VVare* si propone riportare gran vantaggio dall'uso dell'etere solforico; e *Scarpa* dice con ragione, che le reliquie della lente, alcuni filamenti ec. si fondano

nell' umor acqueo, e quindi vengono distrutti dall' azione de' vasi assorbenti.

Un grande inconveniente, che si può talvolta presentare dopo l' operazione della cateratta col metodo dell' estrazione si è la cecità, prodotta da una susseguente, o preesistente opacità della Cristalloide, come riferiscono ancora *Hein*, *Zinn*, ed altri; onde è, che per impedire la cateratta secondaria, o per togliere la capsula di già affetta debbasi estrarre in un colla lente la capsula stessa col metodo, che in appresso saremo per esporre. Egli è certo però, che le objezioni, che *Carlo Alm. Rudolphi*, *Federico Antonio Jacobi*, *e Francesco Martens* presentano al sistema di *Beer* fautore dell' estrazione della lente in un colle capsule potrebbono scoraggirci su quello, che ci proponiamo eseguire; ma senza entrare nella questione in questo caso da discutersi, cioè se vi sia maggiore aderenza fra la cristalloide, e la lente, o fra la prima, ed i processi ciliari, vediamo il fatto cosa ci dimostra. Negli operati di cateratta per estrazione almeno ad un terzo di numero si vede escire la lente, e sua capsula; o prima che il Cerusico v' incida la cristalloide, o anche fatta, che abbia l' incisione si vede seguire la lente; anzi dice *Richter* che qualche volta dopo avere formata l' apertura della capsola si è veduto uscire questa unitamente alla lente dal taglio della cornea lucida, per non essere sufficientemente grande la suddetta apertura della capsula; quindi è certo, che il fatto dimostra almeno non essere sempre maggiore l'aderenza fra la capsula, ed i processi ciliari, che fra essa, e la lente. Si potrebbe ancora dire, che la cristalloide talora si rende morbosamente aderente alla jaloide; ma egli è vero altresì, che tale morbosa aderenza della capsula non di

servata colla lente stessa. Ci sembra pertanto, che senza ricorrere al metodo del Professore *Quadri* cioè all'estrazione laterale, si possa giungere nella maggior parte de' casi a possedere il mezzo per fare l'estrazione della lente in un colla cristalloide, mercè il metodo, che siegue. Alla solita suppellettile si aggiunge un' istromento, che serve per la separazione dell' accennate aderenze fra le capsule, e li processi ciliari. Questo nuovo strumento ha la lunghezza degl' ordinarj aghi da cateratta, fisso sopra di un manico con i consueti marchi per conoscere la situazione del medesimo, allorchè esiste dentro il globo dell' occhio. Egli ha la figura di un quadrato irregolare quasi tagliente nella sua estremità inferiore, avente però la figura non trasversale piana, ma piuttosto leggermente convessa da una parte, e concava dall' altra per così meglio adattarsi alla figura della cristalloide, ne' suoi angoli ottuso, ed in tutto il rimanente ha la figura di un sottilissimo cilindro.

Fatto il solito taglio nella cornea lucida s' introduce in esso, invece dell' ago da cateratta, per incidere la capsula cristallina, il nuovo stromento per modo che la parte concava di questo riguardi quella convessa del taglio della cornea, ed appena entrato nella camera anteriore si rivolge colla convessità in alto, affinchè possa in questa direzione penetrare nella pupilla, e da essa portarsi fino all' unione de' processi ciliari con la parte superiore della capsula della lente, daddove diretto un poco da destra a sinistra, e leggermente in questi moti spingendo all' ingiù, si arriva a distaccare le summentovate aderenze. Di ciò si avvede facilmente l' operatore, per lo che estraendo lo stromento, che ha servito alla separazione della cristalloide coi ligamenti ciliari, viene ad escire

la lente in un colle capsule. Supposto poi che in seguito dei suddetti moti si laceri piuttosto la capsula, di quello che si distacchi la medesima interamente dai raggi ciliari, escirà subito dalla cornea lucida la sola lente, ed indi la seguirà la capsula, la quale si è del tutto separata, come si osserva talvolta nell' ordinario metodo dell' estrazione; ovvero si può dare il raro caso, che si ritardi alcun poco l' escita della capsula; ritardo, che non offre alcuna variazione all' oggetto propostoci, cioè all' estrazione del cristallino, e cristalloide.

Per quello che si appartiene alla cura, che si richiede dopo l' estrazione della cateratta sia stata essa eseguita col nuovo stromento, oppure il caso non ne abbia richiesto l' uso per essere il cristallino escito unitamente alle capsule, oppur queste l' abbiano seguito, appena che si è fatto il taglio della cornea lucida, non differisce punto da quella, che abbiamo esposto parlando della depressione, e lo stesso intendiamo dire de' sintomi notabili, se mai essi sopraggiungono. Si dee usare eziandio quella cautela, che si prescrive in genere nel metodo dell' estrazione, cioè che l' infermo non produca la minima compressione sul globo dell'occhio operato, e faccia tenere altresì lontano qualunque stimolo, che possa generare lo starnuto, quali cose potrebbono produrre l' esito dell' umor vitreo, che essendo in quantità può apportare qualche volta del danno all' integrità della vista. In genere la situazione migliore, che dovrassi permettere all' operato sarà la supina almeno per il primo giorno, e si coprirà l' occhio immediatamente dopo l' operazione con una molle, ed asciutta compressa, la quale verrà sostenuta da un semplice giro di fascia contentiva. Non si dovrà rimuovere l' apparecchio [illegible] cambiarlo restando esso bagnato [illegible]

te nei primi due giorni dall' umor acqueo. Se l'uscita di questo cessa in tal tempo, non si dovrà visitare l' occhio, che dopo otto, o dieci giorni avvezzandolo insensibilmente, ed a gradi alla luce. Al contrario si dovrà osservare nel terzo giorno per rinvenirne la cagione, e rimediarvi senza spaventare l' operato.

Il terzo metodo da noi indicato per operare la cateratta si è quello, che abbiamo nominato della *reclinazione*: ossia della così detta *Cheratonissi*. Questo processo è il più recente di tutti, giacchè non se ne trova precisa traccia prima dell' anno 1804. Essa è stata inventata dal Professore *Reil*, ed il suo scolaro *Buchhorn* ha pubblicato questo metodo in una sua opera. Il nome di *Cheratonissi* viene da due parole greche χερας *cornu*, e νυσσω *pungo*, lo che dimostra bastantemente, che in questo caso non si recide la cornea, come nell' estrazione, non si punge la sclerotica come nella depressione; ma si fa passare l' ago per la cornea lucida col manuale, che noi passeremo a descrivere.

Questo metodo a rigore non può dirsi in astratto assolutamente nuovo, poichè ne troviamo delle tracce nel *Meyenne* nel 1690, nell' opuscolo di *Col. de Vilate* pubblicato nel 1755., nel *Mauchart*, *Richter* ec., ma questi Autori o hanno riportato de' casi isolati, o hanno semplicemente proposto questo metodo senza che poi sia stato da alcuno abbracciato: *Reil* come si è detto è stato il primo a produrlo, *Buchhorn* ha molto sviluppato le sue idee. *Langebeck*, *Graffe*, ed altri si sono poi dichiarati in favore del medesimo. Dalle esperienze di *Buchhorn* si crede, che non resta sulla cornea lucida la minima cicatrice, che possa essere di ostacolo alla visione, e che questo metodo è al sommo facile, ed utile nelle cateratte fluide, molli, lattigi-

BIBLIOTECA NAZ. ROMA VITTORIO EMANUELE

nose ec. le quali restano difficili ad operarsi cogli altri metodi. *Langebeck* si è dichiarato per questo metodo dopo averlo molte volte eseguito, e ne ha pubblicato il manuale; che egli crede superiore a qualunque altro. *Haan*, il quale nel 1813 ha pubblicato un opuscolo su questo argomento cita varie opere scritte sul medesimo.

Il metodo di praticare codesta operazione si è quanto qui siegue; Si adopera a tal' oggetto un ago non molto diverso da quello di *Scarpa* per la depressione, se non che è meno curvo, più fino, e più sottile: ma resistente, e piccolissima è l' estensione dei margini taglienti, altrimenti nel tempo che la punta del medesimo agisce sulla lente potrebbono essi di leggieri offendere il lembo della pupilla. Il collo poi dell' ago è ancora più sottile. Esso è fornito dei soliti segni sul manico per riconoscerne la curvatura ec.

Siccome per ben eseguire questa operazione è necessario, che la pupilla sia in un certo stato di dilatazione, onde agire con maggior comodo senza però, che essa sia tale, che possa dar passaggio alla lente, così la maggior parte dei pratici injettano nell' occhio due ore prima dell' operazione, come abbiamo di sopra accennato, parlando del metodo dell' estrazione, alcune goccie della decozione di belladona, o di una dissoluzione di estratto della medesima nell' acqua calda, e ripetono questa injezione alcuni momenti prima di operare il malato. Quando con questo mezzo siasi giunto ad ottenere la necessaria dilatazione della pupilla si passerà all' operazione stessa facendo situare il malato, l' assistente, e l' operatore nella situazione medesima, che praticasi nell' estrazione, e nella depressione. Il Professore poi deprimerà [illegible] nell' estremità dell' indice

medio della mano, che non opera; e l'unghia dell' indice servirà per appoggio all' ago, il quale si terrà nell' altra mano, come una penna da scrivere. Per introdurre l' ago si terrà in alto la superficie concava del medesimo; e si introdurrà nella cornea lucida nella parte inferiore di essa; ma per guisa, che il foro resti alquanto più elevato del lembo inferiore della pupilla acciò nell' abbassare la punta dell' ago, quando esso è giunto al cristallino non abbia la pupilla a restare offesa. Ciò fatto si passa sollecitamente l' ago per la pupilla; e facendolo penetrare nella lente si abbassa la punta, elevando il manico, e così la cateratta rimane reclinata; indi si ritrae l' ago con precuazione. Se la cateratta sia molle si procura di lacerarla portando i pezzi, o il fluido, che la compone nella camera anteriore. Se nel primo caso la lente risalisca, o nel secondo restino dei pezzi nella camera posteriore, i quali non vengono assorbiti, si propone di ripetere l' operazione. Fatta la medesima si ricuopre l' occhio, e nei giorni della cura si lava spesso con acqua tiepida senza aprire le palpebre. Il regime dev' essere antiflogistico.

Questo metodo secondo i Pratici, che l' hanno posto in opera sembra meritare molta preferenza sull' estrazione, e sulla depressione. *Buchorn* la crede preferibile nei bambini, nella cateratta congenita, negl' Individui, ne' quali la fessura ciliare è troppo ristretta, o che hanno gli occhi troppo profondi, in quelli, che attaccati dalla cateratta in un sol' occhio desiderano di essere operati con sollecitudine, in quelli affetti da spasmi, o disposti ad una infiammazione.

Sebbene codesto metodo si crede preferibile giusta il sentimento dei suddetti Autori agli altri metodi testè descritti pel minor numero delle par-

ti offese, per l' impossibilità della procidenza dell' irride, e dell'esito dell' umor vitreo, e per la maggior sicurezza dell' Operatore, vedendo sempre il Professore la punta dell' ago, non che per la comodità del malato, il quale può restare col capo in qualunque situazione dopo di essa, ciò non pertanto *Benjamin Travers* preferisce nelle Cateratte solide l'estrazione alla reclinazione, e noi siamo di avviso, che questa sia soltanto d' anteporsi alla depressione, colla quale è in qualche modo analoga, e siccome abbiamo già veduti, quali siano gli accidenti, ai quali si può andare incontro praticando il metodo della depressione, ci sembra perciò inutile dimostrare quelli, benchè in minor numero, che possono incontrarsi nella Cheratonissi, come per esempio il risalimento del cristallino, il passaggio di questo nella camera anteriore dell' occhio, la restrizione della pupilla appena l' ago irrita la cornea lucida &c., i quali la rendono poco dissimile dalla depressione; e per conseguenza di gran lunga inferiore al metodo dell'estrazione da noi descritto. E' certo però, che generalmente parlando possono darsi alcuni pochi casi, ne' quali convenga piuttosto la depressione del cristallino, che l'estrazione del medesimo, ed allora è da preferirsi esclusivamente il nuovo metodo di deprimere la cateratta, cioè la Cheratonissi.

ARTICOLO III.

Della Pupilla Artificiale.

Qualunque cagione riconosca l'imperforazione della pupilla, o il ristringimento inveterato di essa, a cui vi sia accompagnata eziandio l' opacità di una porzione della

ta si trova aderente l' irride, ci offre sempre il caso di formare una pupilla artificiale, per la quale sono stati diversi metodi a quest' oggetto proposti, di cui passiamo a farne succintamente parola: premettendo però, che la situazione del malato dev'essere la medesima come nell'operazione della cateratta, e poco dissimile la cautela nella cura consecutiva. Il metodo più antico di eseguire la perforazione dell' irride, è quello di *Cheselden*.

Per adoperare il medesimo si fa uso del coltellino ad un sol taglio un poco più largo dell'ago, con cui si fa l'operazione della cateratta. Si fa entrare questo stromento nella sclerotica vicino alla cornea trasparente, e si fa traversare al medesimo quasi tutta la camera posteriore. Arrivato a passare circa due terzi dell' irride si rivolta la punta contro questa membrana, penetrando con essa nella camera anteriore dell' occhio, e si taglia trasversalmente portandovisi lo stromento verso l' angolo interno del medesimo, procurando nello stesso tempo di fare una incisione in proporzione assai lunga, ed allora ritirando il coltellino resta questa di figura orizzontale, che a cagione della contrazione, e diversa direzione de' piccoli vasi, che formano l' irride viene ad essere più larga nel mezzo, che nell'estremità. Questa operazione peraltro fatta con tal metodo presenta due inconvenenti, il primo si è quello di formare un' apertura nell' irride, che secondo *Janin* non può esistere lungamente, giacchè la ferita ordinariamente si cicatrizza dopo poco tempo, ad onta, che realmente non sia in tutti i punti paralella alle fibre dell'irride, perchè come già abbiamo detto la direzone de' vasi, che compongono la medesima è disposta in raggi, quindi sembra, che sebbene qualcuno di essi ne resti trasversalmente tagliato, ciò non pertanto si

forma la cicatrice della ferita. Il secondo inconveniente maggiore del primo si è, che volendosi aprire l'irride in questo modo non è possibile di evitare l'offesa, coll'ago, del cristallino, e della sua capsula, do che produce l'opacità di queste parti, e quindi la perdita della vista, essendo ben difficile ad accadere un caso simile a quello, che ci riporta *Maunoir*, che il cristallino una volta opacato ritorni nella primiera pellucidità.

Un altro metodo di fare la pupilla artificiale si è quello di aprire da principio la cornea lucida inferiormente, come nell'operazione della cateratta, ed indi fare un taglio nell'irride. *Janin* si propone eseguire questo secondo taglio con un pajo di forbici adattate una mezza linea circa sotto il punto della pupilla naturale, daddove ascende tagliando verso l'angolo interno dell'occhio, per impedire lo strabismo. *VVenzel* poi lo eseguisce diversamente collo stesso stromento, che fa il primo taglio, e contemporaneamente a questo, dandole quasi la medesima figura, colla cautela peraltro di ascendere un poco collo stromento nel principiare il secondo taglio verso l'angolo interno dell'occhio. La convessità, che risulta dal taglio dell'irride si propone reciderla con un pajo di forbici, qual cosa invero non sempre dee riescire per la contrazione naturale della membrana recisa, ed infatti *Beer* per eseguire il taglio della porzione dell'irride si propone assoggettarlo con un uncinetto introdotto dalla cornea lucida, e reciderla colle forbici di *Daviel*. *Quadri* finalmente crede meglio dover afferrare la porzione dell'irride con una sottile pinzetta per indi farne la recisione. Questo modo di fare la pupilla artificiale ci sembra, che meriti la preferenza sopra tutti gli altri metodi nel solo caso però di chiusura, o

pilla, accompagnato dall'opacità della lente, e dall' aderenza colla cristalloide, la quale può nello stesso tempo venire in parte recisa, dando luogo eziandio in seguito all'estrazione della lente cateratto-sa, e di altra porzione di capsula, che si rende necessario estrarre.

Finalmente si è di recente imaginato un nuovo metodo di formare la pupilla artificiale, che consiste nel distaccare l' irride dal ligamento ciliare per l'estenzione di 2, o 3 linee. Di questa invenzione, sembra, che siamo debitori al Professore *Assalini*.

Il modo peraltro di praticare il nuovo metodo è vario. *Beer* dice d' introdurre l' ago come per la depressione della cateratta nella camera posteriore dell'occhio, ivi spingendo la punta dello stromento fra i processi ciliari, e traforando colla medesima la porzione esterna dell' iride, entra nella camera anteriore, nella quale dirigge la punta dell' ago verso l' angolo interno dell'occhio fino alla unione fra i ligamenti ciliari, e l'iride, che portandolo allora all' indietro ne forma il distaccamento, e nel ritirare l'ago fa la depressione della lente nell' angolo esterno dell' occhio, se avvene bisogno. *Assalini* si propone diversamente separare il gran margine dell' irride facendo un taglio nella cornea lucida, in luogo ove trovasi opacata, ed introduce per esso la sua piccola pinzetta dentata a molla, colla quale dice il lodato Autore poter distaccare in luogo adattato felicemente l' irride dal ligamento ciliare senza ferire, o lacerare il tessuto, che la compone. *Scarpa* in questo caso introduce il suo ago da cateratta in un punto opaco della cornea, e porta la punta dello stromento nell' orlo marginale dell' irride corrispondente alla diafinità della cornea stessa, ed ivi spingendo di-

stacca per due, o tre linee il lembo dell' irride dai ligamenti ciliari, e forma la pupilla marginale. Il nominato Autore dice, che codesta operazione è accompagnata da dolore, e susseguita dai sintomi d' irritazione nell' intiero globo dell' occhio.

Alcuni recenti Oculisti si sono proposti egualmente di separare l' irride dal suo gran margine, e dalle aderenze, che possa aver contratte, mercè l' introduzione di un' ago per la cornea lucida, e formare in tal guisa la pupilla artificiale. Questa operazione si è detta *Cheratodialissi*; ma come abbiamo veduto essa si praticava prima dell' invenzione della *Cheratonissi*, da cui ha avuto origine, e si preferisce agli antichi metodi, segnatamente dai *Scarpa*, *Flajani*, e *Richerand*. Per eseguire cotesto metodo si perfora coll' ago la cornea lucida una linea circa in distanza del margine della sclerotica; nel luogo ove è duopo, che sia staccata l' irride, si rivolge la punta dell' ago contro la medesima, e comprimendo, ed estraendo l' ago si forma il distacco del gran margine dell' irride dal ligamento ciliare. Si avverte altresì di non spingere troppo l' ago nella camera posteriore per evitare l' offesa dei processi ciliari, della zona &c. Il Professore *Carlo Donegana* eseguisce l' accennato metodo con un' ago tagliente nella sua parte concava, e con esso però recide dal punto, che ha distaccato il gran margine dell' irride fino verso al centro della chiusura della pupilla naturale, formandosi in tal guisa l' artificiale di figura triangolare. Il medesimo Autore si propone con tutta ragione di evitare col suo metodo l' inutilità della pupilla artificiale, avendogli fatto conoscere l' esperienza, che il margine dell' irride, distaccato soltanto dal ligamento ciliare, e non reciso, si ravvici-

libera de' vasi sanguigni dell'irride medesimo, come anche è da considerarsi l'opacità, che si forma nell'età avanzata intorno il margine della cornea lucida, cui è sufficiente in codesto caso ad impedire la visione, ancorchè il gran margine distaccato dell'irride non siasi totalmente ravvicinato alla propria inserzione.

ARTICOLO IV.

Della Fistola lagrimale.

Quando la fistola lagrimale sia interna, cioè accompagnata da carie dell' osso unguis, o esterna inveterata, ovvero esista la dilatazione del sacco lagrimale, da non doversi confondere con quella intumescenza del medesimo, prodotta da contrazione spasmodica, non avvi altro mezzo sicuro, che l' operazione, onde liberare l' Infermo da una incomoda, e ribelle malattia.

I molti metodi, che generalmente per lo passato si ponevano in pratica per fare questa operazione potevano ridursi, a due, cioè a quello di deostruire, e dilatare le vie lagrimali morbosamente ristrette, oppure a quello di formare una nuova strada alle lagrime, perciò si praticava l' introduzione degli stilletti o specilli, ovvero delle cannule di oro per li punti lagrimali, o per la parte del naso, si faceva la perforazione dell' osso unguis col trojcart, o col ferro rovente, o coll' istromento di *Hunter*, ed in seguito si poneva nel foro fatto, una cannula d' argento, o una tasta di radice di Genziana all' oggetto di mantenere l' apertura.

Cotesti metodi per altro sono al presente affatto inusitati, e dai recenti pratici si sostituisco-

no ai medesimi degl'altri, con li quali si giunge a guarire la malattia, e che noi passiamo a succintamente descrivere, prescegliendo quello, che ci viene confermato il migliore dall' esperienza.

Premessa pertanto la situazione del Malato, che dev' essere a sedere, ed esposto ad una sufficente luce con la testa appoggiata al petto di un ministro, il quale la tiene fissa, e nel medesimo tempo distende leggermente in alto, ed all'infuori la palpebra superiore, e preparato che sia il necessario apparecchio si passa all' operazione. Esso consiste per il seguente metodo in un bistorino retto, e stretto, una minugia, a cui vi sia attaccato un filo di seta da una estremità, un filo di refe a più capi, un cerotino adesivo, compresse adattate alla parte da operarsi, ed una fascia circolare stretta.

Disposto il tutto nell' anzidetta maniera il Professore si pone incontro all' Infermo, e gli fa chiudere le palpebre, quindi applica il dito indice della mano corrispondente all' occhio, che dev' essere operato, verso il naso, ed il pollice verso la gota, e coll' altra mano fa il seguente taglio.

Questo si principia sotto il tendine dell' orbicolare tagliando i tegumenti, e penetrando nel sacco lagrimale in un tempo, oppure con due incisioni giusta l' enfiagione, che accompagna la malattia. La direzione del taglio dev' essere alquanto obbliqua, e l' estensione di circa tre linee. Eseguita l' incisione s' introduce secondo la pratica del celebre *Vaccà* nel sacco la minugia, la quale sarà poco più lunga del sacco stesso, e si dirigge poi verso la narice, in cui per il solito non passa subito; ma che facendo con cautela soffiare il naso al malato, non raramente vi si giunge. Quando sia essa penetrata totalmente nella narice

esterna si attacca alla seta già fissa all' altra estremità della minugia il raddopiato filo ben lungo, che forma il setone, al quale si fa percorrere il sacco lagrimale, ed il canal nasale fino nella narice esterna. Ciò eseguito si mantiene in sito ponendo la porzione superiore di esso fra li capelli, involto in un pezzo di carta, e la porzione inferiore con una pallottolina di filo nella narice, mentre si copre la ferita con il cerotino adesivo. Si lascia in tal modo fino al giorno seguente, ed allora levasi il ceroto, e si tira il setone dalla narice, il quale se mai non fosse riuscito far passare nel momento dell' operazione, si tira in sua vece la minugia, che si fa giungere facilmente nella narice facendo soffiare il naso al malato, tenendo però la bocca chiusa, e l' altra narice compressa. Quindi si colloca il setone come abbiamo di sopra indicato.

Il setone in questo caso si rende il mezzo di portare a contatto delle vie lagrimali i medicamenti adattati, i quali servono per distruggere gl' indurimenti, e le callosità, che in esse ritrovansi, e perciò è stato raccommandato non tanto di accrescere gradatamente la grossezza del medesimo; quanto che esso venga imbrattato nel tratto della cura consecutiva con unguento escarotico, per cui si ottenga più sollecitamente l' intento.

Questo metodo del setone offre il vantaggio nella fistola lagrimale esterna di evitare il taglio, potendo riuscire d' introdurre la minugia coll' ajuto soltanto di una candeletta, la quale antecedentemente introdotta nell' ulcera preesistente, forma la dilatazione della medesima. Ma siccome cotesto metodo in qualunque modo si consideri, cioè come il mezzo d' introdurre nelle vie lagrimali un unguento escarotico, o come un corpo dilatante

le medesime, giusta la pratica di *Dessault*, è certo, che il tempo d' impiegarsi per la cura è lunghissimo, e ciocch'è più da valutarsi l'Infermo col metodo del setone non è garantito dal pericolo della recidiva. Ci sembra pertanto in tutti casi di fistola lagrimale degno di preferenza il metodo del caustico, il qnale è stato conosciuto dagli antichi, ed ora è reso il migliore con qualche immutazione fatta da *Volpi*, con cui si ottiene nello spazio di circa tre mesi la perfetta, e stabile guarigione; esso è il seguente.

Fatto il taglio de' tegumenti, e del sacco lagrimale in tutta la sua estensione senza evitare la recisione del tendine dell'orbicolare, si riempie il sacco di morbide fila, mantenendo dilatati i lembi dell' esteriore ferita, in cui si pone al disopra una piccola compressa, e si mantiene con una fascia a monocolo semplice. Non si rimuove l' apparecchio, che al secondo, o terzo giorno per ivi sostituirne un altro eguale con unguento cerato, compresse ec. Si prosegue con tal medicazione, fintantoche sia estesa la suppurazione in tutto il suddetto sacco. Allora si applica nel fondo del medesimo un mezzo grano circa di pietra Infernale, e si sostiene in quel punto con le solite piccole stuella, con cui esattamente si riempie. Il giorno seguente si ritrova distrutta la pietra Infernale, e formata un escara, che separatasi, si applica nuovamente il caustico nel punto vicino, ed in tal guisa, dice l' autore, proseguesi l'applicazione fino alla totale distruzione del sacco lagrimale, inclusivamente a quella porzione di essa, che esiste al disopra del tendine orbicolare. Ora si seguita la semplice medicatura di fila, fino che sia ben sicuro il Professore della intiera scopertura del [illegible] unguis. Ciò posto si porta in [illegible]

guito a contatto di una sola porzione del medesimo la pietra Infernale, colla quale si distruggono poi le callosità, che circondano i lembi della ferita. Si seguita a medicare la parte con sole stuella di fila asciutte, le quali gradatamente si diminuiscono in volume, che giungono poi a lasciare un foro piccolissimo, da cui vedesi sensibilmente una gocciolina di fluido lagrimale uscire da esso, e che si dissipa interamente dopo l' esito di quella porzione di osso unguis, che è stata a contatto dell'anzidetto caustico. Essa è preceduta da un bruciore, e da intumescenza rossastra nell' angolo interno dell' occhio, che convertendosi in un piccolo ascesso, coll' applicazione di un cataplasma emolliente, si apre, e nel foro apparisce la separata porzione del sopranominato unguis, la quale si deve estrarre, e quindi ne siegue in pochi giorni la stabile cicatrice.

Non dobbiamo in questo luogo esaminare, quale sia il vero mezzo con cui la guarigione si rende permanente, cioè se essa dipende dalla totale distruzione del sacco lagrimale, che non pare plausibile, ovvero dal solo restringimento del medesimo accompagnato alla separazione di una porzione dell' osso unguis, e della sottoposta membrana pituitaria: ci basti per ora sapere soltanto, che coll' esposto metodo giungiamo sicuramente a guarire l' Infermo senza pericolo di recidiva, cui non di raro con gli altri metodi era soggetta la malattia in questione.

ARTICOLO V.

Del Polipo del Naso.

Avendo avuto riguardo, secondo i precetti generali alle cagioni, che possono aver prodotta un'

escrescenza poliposa, altro non rimane alla Chirurgia, che offrirci il mezzo per fare l'operazione della medesima quante volte la base non molto estesa lo permetta, e ciò particolarmente per quella escrescenza, di cui parliamo, detta *polipo del naso*. Varj metodi sono stati inventati a quest' oggetto. Nei trattati di Chirurgia ne osserviamo molti, e fino a sei ne sono riportati da *Sabatier* nella sua Medicina Operatoria, che sono l'essiccazione, la recisione, l'estirpazione, il setone, il caustico, e la legatura. Al presente peraltro tutti questi metodi non sono in uso, e si possono ridurre a tre soli, cui con qualche modificazione vengono adattati all' escrescenze polipose qualunque ne sia il sito, che occupano, soggetto però alla Chirurgia, e sono, la recisione, l' estirpazione, e la legatura, giacchè gli altri metodi, o sono troppo pericolosi, come il caustico, o non convengono, che in alcuni casi particolari, come il setone. Fra gli anzidetti metodi accennati, che pongonsi in pratica, la recisione non si adopera, che di raro essendo molto incomoda, ed alle volte può essere ancora dannosa rispetto all' inserzione del polipo, per la quale si potrebbe correre rischio di offendere le parti vicine, e sottostanti, abbenchè *Palletta* abbia voluto quasi generalizzarne l' uso particolarmente ne' tumori poliposi dell' utero.

Per praticare la recisione del polipo del naso, è necessario, che la base di esso sia molto stretta, ed abbia la sua origine presso le narici esterne. La situazione del malato sarà a sedere incontro ad una sufficente luce, e facendogli tenere la testa un poco rovesciata all' indietro, ed appoggiata al petto di un ministro, si prende allora il polipo con un piccolo uncino, o errina, e tirandolo in fuori si

recide nella base con un bistorino, cui si averà avuto la cura di involgere in una fettuccia, o striscia di tela fino ad alcune linee distante dalla sua punta. In alcuni casi in vece del bistorino, adoperasi la forbice, che riesce più sicura, ovvero il *Kiotomo* di *Dessault*. Si adopera ancora il taglio, non solo per portar via il polipo intero, ma per reciderne eziandio porzione, cioè quando esso occupa tutta la narice per modo, che impedisce il farne l'estirpazione, o la legatura. Uno degli inconvenienti più grandi di questo metodo si è quello dell'emorragìa. Se questa sia assai abbondante, sarà duopo il far uso delle stuella di fila imbevute nei liquori astringenti, come una soluzione di allume, di vetriolo bianco, spirito di vino &c. ma se mai non cedesse a questi ajuti si renderà necessario il fermarla coll'istromento di *Lafaje*, di cui abbiamo già altrove parlato, e che produce una compressione alla narice interna, ed esterna. Questa compressione si può formare ancora coll'ajuto di una corda di violino, la quale s'introduce dalla narice esterna nella bocca, ed ivi pigliata con un pajo di pinzette vi si attacca un globetto di fila, che serve a chiudere la narice interna, portando nuovamente dalla parte del naso la detta corda; ed in seguito si riempie la narice esterna di fila imbevute negli anzidetti fluidi, le quali servono eziandio a mantenere in sito la minugia, che sostiene la compressione per la narice interna.

La estrazione del polipo del naso, che si fa con la pinzetta di *Josephi* segnatamente nei polipi molto voluminosi, la quale s'introduce una branca dopo l'altra, ed indi si congiungono coll'adattata vite ha luogo in tutti i polipi, che non solo sono teneri, o abbiano una base stretta, e non

molto dura, detti mucosi, o vescicolari; ma di più, che non abbiano origine nella parte superiore delle narici anteriori, essendo in tal caso difficile, ed anzi impossibile portarvi la pinzetta, ed eseguire con essa quel moto necessario di rotazione.

Per estirpare un polipo della indole accennata si farà situare il paziente nella maniera medesima, che abbiamo indicato, parlando della recisione, procurando di fare elevare la testa per modo, che la luce entri nella narice, allora s' introducano le pinzette fino alla radice del polipo, con le quali si afferra, si torce leggermente, ed indi si strappa ritirando lo stromento. Fa duopo ripetere più volte questa manualità, giacchè i polipi teneri, e vescicolari di rado possono strapparsi tutti interi; ma vengono sovente a pezzi. L'emorragia nell'estirpazione del polipo non è ordinariamente molto considerabile; ma in caso ciò accada si farà uso per arrestarla dei mezzi già descritti.

Estirpato il polipo dovrà esaminarsi la narice per vedere se siavi alcun residuo del medesimo, lo che non è raro, ed a quest'oggetto s' introdurrà un dito nella narice stessa. In caso, che sia rimasta qualche porzione del polipo, o si presenti altro polipo preesistente si ripeterà l'operazione. Questa diligenza sarà bene farla qualche tempo dopo eseguito il manuale, essendo difficile subito in seguito del medesimo a motivo dell' emorragia; sarà ancora necessario ripeterlo, se il polipo si riproduce, lo che accade quando la malattia dipende da un vizio generale, il quale non sia stato debellato prima dell' operazione. Se poi provenga dal prolungamento della membrana pituitaria conviene più tosto tentare l' uso dei risolventi, ed astringenti locali, che l' anzidetta estirpazione. Codesti to-

metodo dell' essiccazione; ma l'apparente escrescenza di cui parliamo, non puossi chiamare polipo del naso, essendo un semplice ingorgamento della membrana *Scheneideriana* prodotto per lo più da cagione interna. Qualora unitamente al polipo della narice anteriore ve ne sia unito un altro, che esista nella narice posteriore, dopo estirpato il primo si dovrà svellere il secondo, e questo si farà, schiantandolo colle pinzette curve, e portate dietro il velo pendulo, procurando però di non offendere la grossa piegatura della profonda cavità, in cui quasi sempre è occultata la sua base, altrimenti allo sbarbamento si preferisce la legatura, fatta come vedremo qui appresso.

La legatura del polipo è il metodo il più antico per la cura del medesimo, e conviene principalmente nei polipi di base molto stretta, e di figura piramidale. Molti sono gli stromenti inventati a questo fine. Quello di *Dessault* consistente in una cannula, un portanodo, un serranodo, così chiamati, e forse il migliore, il quale può ridursi alla sola cannula, ed al serranodo; ma non rende per questo facile un operazione, che per se stessa presenta molte difficoltà risguardanti l' aderenze, che possonsi esser formate tra il corpo del polipo, e le parti, che lo circondano, non che la ristrettezza della parte fin dove debbonsi portare gli accennati stromenti. L' istromento di *Fallopio*, delineato da *Leuret*, che è stato preferito prima dell' altro, consiste in due cannule di argento riunite insieme, ed in cui passa un filo del medesimo metallo, che forma un' ansa entro cui si fa passare il polipo, e che poi tirandosi, viene a stringerlo, e procurarne la caduta.

Determinato, che sia il Professore ad intraprendere la legatura del polipo, che egli giudica

conveniente, si farà situare il malato nella posizione accennata di sopra, e si diversificherà l'esecuzione secondo il luogo ove esiste l'escrescenza, cioè nella narice anteriore, o nella posteriore. Nel primo caso s'introducano per il naso la cannula, ed il serranodo di *Dessault* muniti ambedue del filo con cui devesi eseguire la legatura, e nel foro del serranodo un secondo filo, il quale da una parte formi un ansa, e dall'altra restino le due estremità. Portati in questo modo l'istromenti sopra del tumore poliposo fino alla sua radice, si tiene fermo il serranodo, e la cannula si gira sopra l'escrescenza per circondare la medesima col filo, che deve formare la legatura. Arrivata la cannula all'altra parte del serranodo si fa passare l'ansa intorno ad essa, indi tirando le due estremità della medesima, si fa scorrere su tutta la cannula, e si fa detta ansa cadere finalmente sull'estremità del filo, che ha circondato il polipo, per quindi trasportare il medesimo filo nell'occhiello del serranodo seguitando a tirare l'estremità dell'ansa; Ciò fatto resta il polipo circondato dal filo, ed altro non rimane, che stringerlo mercè il serranodo, avendo di già nel cader dell'ansa sul filo ritirata la cannula. Ora pertanto si tirano l'estremità di questo filo per stringere il polipo legato, e si fissano nella fenditura, che esiste nell'estremità inferiore del serranodo medesimo. Cotesta costrizione produce enfiagione nell'escrescenza, e più o men dolore nella parte. Questo cede mercè le continue injezioni, e suffumigj emollienti, e l'escrescenza cade circa il settimo, o l'ottavo giorno. Inallora devesi sostituire all'accennate injezioni i leggeri astringenti, che anzi debbonsi portare simili fluidi col mezzo di fila in essi imbevute a contatto del punto, ove

solida cicatrice. Nel secondo caso poi, cioè se il polipo resti nella narice posteriore si dovrà principiare l'operazione coll'introdurre lo stromento di *La Faje*, o una piccola sciringa elastica dalle narici nella bocca, ove si prende con una pinzetta, e vi si attacca un filo, che deve formare la legatura del polipo, e due estremità di un secondo filo, i quali dopo che siasi ritirato lo stromento lasciano dalla parte della bocca, l'ansa, ed una estremità del primo filo, nel tempo che l'altra pende dalle narici, unitamente alle due estremità dell'ansa. Ora s'introduce nella cannula di *Dessault* la sola estremità del filo, che resta fuori dalla bocca, e quindi si porta la detta cannula sotto il corpo del polipo, che ritrovasi nelle fauci, con cui girando intorno a questo nella sua base, si trova circondato dal filo. Ciò fatto si passa l'ansa intorno la cannula, ed in seguito si tirano le due estremità di essa dalla parte delle narici, ed in tal modo si fa scorrere l'ansa su tutta la cannula, ed in fine cade sul filo, che ha circondato il polipo. Allora seguitando a tirare le due estremità dell'ansa le tien dietro il detto filo, e passa nella narice anteriore, mentrechè resta inutile la cannula, che lo conteneva, la quale si ritira dalla bocca. Le due estremità del filo, che si trovano fuori della narice, s'introducano nell'occhiello del serranodo, che si fa scorrere sul piano dalle fosse nasali fino alla radice del polipo, e si forma nella maniera suindicata la legatura del medesimo, usando in seguito le cautele di sopra esposte.

Sebbene il metodo di estrarre il polipo del naso mercè la legatura, viene da qualche autore poco approvato egualmente per la difficoltà, che presenta ne' polipi assai voluminosi, che per gli

accennati inconvenienti, che produce poco dopo l'operazione, ciò non ostante la diversa situazione, e natura di alcuni polipi di cotesta parte obbliga spessamente il Cerusico a scegliere il metodo della legatura, non potendosi, nè con la recisione, nè coll'estirpazione ottenere la guarigione della malattia.

ARTICOLO VI.

Del Labbro Leporino.

Per la cura del Labbro Leporino, si rende necessario di far divenire cruenti i margini divisi del medesimo, di riunirli insieme, e di conservarcili fino alla perfetta riunione. Varie sono le maniere di adempire a queste indicazioni: ma il metodo comunemente usato, ed il migliore si è il seguente. Gli stromenti, che vanno preparati a quest'oggetto sono il bistorino, o le forbici per recidere i lembi del labbro, alcuni aghi, o spille d'argento, o di oro colla punta di acciajo, del refe incerato, fascia, e compresse adattate. Per tagliare i lembi il bistorino à il vantaggio sulle forbici, che non produce contusione come dicesi, che queste alle volte fanno, ma esse riescano per altro assai più comode, motivo per cui in molti casi, e segnatamente nei bambini, che è difficile tener fermi, e ne' quali le parti sono più tenere vengono le suddette preferite. Per fare dunque l'operazione dee situarsi il paziente incontro la luce, col capo appoggiato al petto di un ministro, che lo sostiene colle sue mani, e nello stesso tempo tenendole sulla faccia, procura di tirare innanzi gl'integumenti, acciò si renda piú facile al Professore il riunire insieme i labbri. In

questa situazione il Cerusico prenderà con le dita la parte sinistra da recidersi, e con le forbici, o col bistorino ne taglierà tutto il lembo, avvertendo però, che se adoperasi questo ultimo stromento, di porre prima fra il labbro, e la gengiva una lamina sottile di legno, o di cartone per difendere le parti sottoposte. Cotesto stromento merita la preferenza nel caso, che vi sia durezza negli orli della fenditura congenita, come n è di avviso *Richerand*. In genere si deve avvertire di recidere fino alla riunione dei due lembi, acciò non resti porzione, che non sia resa cruenta. A tal proposito raccomanda *Monteggia*, che l' orlo della suddetta fenditura prenda dopo la recisione la figura di un piano inclinato dall' indentro all' infuori, tagliando minor sostanza da questa parte, che da quella della bocca, e rendere così più solida la cicatrice per la maggior larghezza del piano fatto. Questa maniera di formare la recisione degli orli non ci sembra preferibile all' altra per le difficoltà, che s' incontrano nel farla esattamente, ed in particolare se si eseguisce colle forbici, e che quindi usando gli aghi per la riunione; non vi è con essi una maggior forza unitiva dalla parte della bocca, che vi si richiederebbe; ma piuttosto potrebbesi ciò ottenere mercè i fili nella parte esterna.

Dopo che siansi resi sanguinolenti i lembi del labbro, avendo eseguita la riunione prima del lato sinistro, e poi del destro si dovranno porre a mutuo contatto, e questo si farà per mezzo degl' aghi. A tal oggetto s' introdurrà un ago alla distanza di due linee circa dalli lembi del labbro, e vicino all' orlo del medesimo, osservando, che le due parti siano esattamente a livello. S' introduce l' ago nella grossezza del labbro per modo, che vada

un poco in alto trapassando circa due terzi dell' anzidetta grossezza. Ciò fatto si fa penetrare nella destra porzione del labbro, facendo il medesimo: ma però in senso opposto. Il primo ago dev'essere introdotto circa una linea sopra il margine inferiore del labbro, e dopo di esso se n'introduce con lo stesso metodo uno, o due altri secondo l'età del paziente, e la lunghezza della fenditura. Situati gli aghi necessarj vi si passa sopra ad ognuno un' ansa di refe incerato, la quale si ripassa alternativamente da una estremità dell' ago, all' altra, onde tenere i lembi della ferita a mutuo contatto. Sotto l' estremità degl' aghi si pongono delle picciole compresse, acciò non ne restino offese le parti vicine; e ponendo ancora delle compresse sulle gote per tenere continuamente in avanti le parti, onde facilitarne la riunione, si mantiene il tutto in sito con una adattata fasciatura detta comunemente la *Fionda*. La regola di cura è molto semplice consistendo il tutto nel procurare, che il paziente non muova punto la parte operata. Dopo tre giorni si visita la ferita, che ordinariamente è riunita, e lasciando per altri due, o tre giorni gli aghi per precauzione particolarmente l' inferiore, si levano dopo questo tempo ungendone l' estremità, onde renderne più facile il passaggio. Si raccomanda ancora dopo l' estrazione dell' ultimo ago di porre sulla parte un ceroto agglutinante per assicurare sempre più salda la riunione.

Questo è il metodo più comune di curare il labbro leporino semplice; ma a questo proposito vi sono delle osservazioni necessarie. Qualora la fessura esista ancora nel palato, come sovente accade, l' operazione si pratica nella medesima maniera, e dopo ottenuta la riunione delle parti molli

ancora la fessura delle ossa, e ciò accade tanto più presto, quanto più giovane è il soggetto. Riguardo alle cattive conformazioni degli ossi, che possano impedire la riunione delle parti molli, alcuni hanno proposto la recisione, ma altri, e segnatamente *Dessault* credono preferibile il comprimerle per qualche tempo prima dell' operazione. La sutura secca, che molti raccomandano temendo gli effetti dannosi della cruenta, non dee in conto alcuno a questa preferirsi, sì perchè la sutura secca riesce sempre inefficace alla riunione delle parti recise, sì perchè i danni che seco porta la sutura cruenta non sono in cotesta parte di alcuna conseguenza. Nei bambini operati del labbro leporino si deve attendere, che con le grida non facciano muovere la sutura, ed i spilli, per lo che non si lascierà mai loro mancar il nutrimento necessario, e si farà uso ancora di qualche opiato. Conviene eziandio esaminare se in essi accade alcuna emorragia forte, essendo questa ne' suddetti molte volte difficile a riconoscersi, atteso che, in particolare nel sonno inghiottono facilmente il sangue, che esce dalla ferita.

Se il labbro leporino sia doppio ogni volta che la porzione di mezzo sia piccola, e che consiste semplicemente in un bottone carneo si potrà recidere, e poi passare all' operazione, come si è detto parlando del labbro leporino semplice; se all'opposto questa porzione media sia molto larga, ed il recidere la medesima portasse troppa perdita di sostanza, è necessario renderla cruenta da ambi i lati, e fare l' operazione doppia. Alcuni Autori consigliano di eseguirla in due volte, e di non praticare la seconda, se non sia già riunita la prima incisione. Altri fra i quali *Richerand* sono di opinione opposta, sostenendo che sia meglio il farla in

una sola volta, cioè incidere una parte, e dopo subito l'altra, riunendole insieme col metodo esposto di sopra: molto più, che la porzione di mezzo spesso non arriva all'orlo del labbro, ed allora essa non s'infilza, che nell'ago superiore, ponendo i soli lembi del labbro a contatto nella parte inferiore. Qualche volta accade, segnatamente nel labbro leporino doppio, che vi sono alcuni denti fuori di sito, che rendono difficile il mantenere le parti recise a mutuo contatto. Se essi sono alquanto elevati debbonsi con la compressione adattata, e prolungata per più giorni, portare al loro luogo, ed in caso poi di necessità estrarli prima dell'operazione.

CAPO II.

DELLE OPERAZIONI, CHE SI PRATICANO SUL COLLO.

ARTICOLO I.

Estirpazione delle Tonsille.

Il gonfiore infiammatorio delle tonsille obbliga molte volte a recidere le medesime: operazione che viene conosciuta sotto il nome d'estirpazione, sebbene realmente non possa chiamarsi tale, non estirpandosi mai esse interamente. La recisione di codeste glandole può aver luogo nelle infiammazioni violenti delle medesime, se per altro arrivano al punto di minacciare la soffocazione del malato; ma ordinariamente queste infiammazioni violenti nelle tonsille si dissipano più sollecitamente, e facilmente di quelle croniche, le quali si succedono l'une all'altre, e spesso vi producono un ingorgamento, che non è possibile dissipare, ed obbliga quin-

di il professore a reciderne porzione, giacchè difficilmente cede ai rimedj risolventi per quanto eglino siano attivi.

Varj sono i metodi, che vengono proposti per questa operazione vale a dire i caustici, la legatura, ed il taglio. Il caustico è poco da adottarsi essendo un metodo, che oltre l' essere spesso inutile è difficile a porsi in opera, ed inoltre riesce sovente pericoloso attesa l' offesa, che possono riportarne le parti vicine. Altri hanno al caustico preferito il fuoco, e si hanno degli esempi, che esso sia riuscito vantaggioso; ma al presente non è in uso presso i migliori pratici, eccettuato al più il caso, in cui vi sieno dell' escrescenze fungose.

La legatura resta di molto difficile applicazione, e porta de' gravi incomodi alla parte. Il metodo migliore si è quello di *Dessault* consistente nell' afferrare la tonsilla con una pinzetta uncinata, e fare indi passare sulla medesima un ansa di filo, che poi si porta sulla glandola fin dove è necessario. Si stringe quindi essa collo stromento adattato, e serrando ogni giorno più il nodo si ottiene la caduta della porzione della glandola. *Chevalier*, adopera un ago, col quale passa il filo nella tonsilla con nodo scorsojo, e così crede rendere più facile la legatura.

Qualunque metodo per altro si adoperi per legare la porzione della tonsilla da estirparsi, è sempre di gran lunga preferibile a questo metodo il taglio, essendo più facile, meno doloroso, e meno incomodo. Varj stromenti sono stati inventati per recidere la tonsilla, cioè il *Kiotomo* di *Dessault*, varie specie di bistorini, e di forbici, come ancora varie sorta d'errine. Gli stromenti per altro, preferiti al presente, sono una errina doppia, colle

punte di acciajo, ed un coltello di lama piuttosto corta, e non tagliente, che nella sola estremità, montata sopra di un manico lungo, e fisso.

Preparati questi stromenti si farà porre il malato a sedere incontro alla luce con la testa alquanto rovesciata all' indietro, ed appoggiata al petto di un ministro, che la tiene ferma. Si farà tenere al paziente la bocca aperta situando due corpi un poco resistenti fra i denti molari, e si farà abbassare la lingua per mezzo di una larga spatola. Se il Professore sarà ambidestro si porrà avanti il malato, in caso diverso, si porrà dietro le spalle del medesimo, dovendo operare sulla tonsilla destra. In questa situazione prenderà egli l' errina doppia, con la quale fisserà la glandola colla mano sinistra, allora con la destra prenderà il coltello di sopra accennato, e principierà a recidere la tonsilla dalla parte inferiore, fino verso la metà di quella porzione della glandola, che si deve levar via; ciò fatto porterà il tagliente dalla parte superiore verso l' inferiore, e si compie la recisione. Non si deve estirpare il tutto in un sol taglio principiando dalla parte inferiore, giacchè si correrebbe rischio di offendere i pilastri, ed il velo pendulo, e se si principiasse dalla parte superiore potrebbe la porzione di glandola separata rovesciarsi sulla laringe, e produrre il vomito, impedire la continuazione del taglio, e porre il paziente ancora in pericolo di soffocazione. Accade sovente nel tempo dell'operazione, che il paziente provi o degli sforzi di vomito, o degl' insulti di tosse; ed in questi casi è necessario ritirare gli stromenti dalla bocca, onde lasciar passare l' irritazione. Quando siano affette ambedue le glandole, se il paziente sia in istato di sopportarne la recisione nello stes-
si potrà immediatamente dopo recis-

la prima passare ad operare l' altra, se poi il malato sia troppo sensibile, se l' emorragia continui ec. allora si dovrà attendere, che sia guarita la prima, rimanendo molto incomodo il fare la seconda operazione prima di detto tempo, attesa l' infiammazione che ne segue, e che oltre rendere dolorosa la parte impedisce, che la bocca possa aprirsi quanto è necessario.

Il sintoma, che merita maggiore attenzione, dopo estirpata la tonsilla, si è l'emorragia: ma questa di rado suol essere d' importanza attesa la piccolezza de' vasi, che vanno a questa parte. E' necessario inoltre una piccola effusione di sangue locale prevenendosi così una forte infiammazione. Per arrestare il sangue sarà molto utile il praticare de' gargarismi di ossicrato, i quali saranno sufficienti all' oggetto. L' uso della pietra infernale è da riprovarsi essendo essa di poco vantaggio, e molto pericolosa, se viene a rompersi, o cadere nelle fauci. La guarigione della ferita è ordinariamente assai sollecita, e non richiede rimedio alcuno. Se per altro nascano escrescenze fungose, le quali ritardino la circatrice, dovranno esse venire estirpate, o meglio ancora si adopererà il fuoco colla dovuta cautela, o altri caustici locali. Se siano per altro di natura venerea, come sovente accade, vi si unirà la cura interna adattata.

ARTICOLO II.

Della Broncotomia.

L' operazione detta della *Broncotomia* consiste nell' apertura delle vie aeree, distinta quindi in laringotomia, e tracheotomia, secondo che viene aperta la laringe, o la trachea. Tre sono i casi più fre-

quenti, nei quali può essere necessaria questa operazione. Il primo è quello di un' angina inflammatoria, che minacci la soffocazione del paziente; il secondo è quello di un corpo arrestato nella laringe, che impedisca la respirazione; ed il terzo finalmente si è quello di un corpo estraneo introdotto accidentalmente dalla laringe nella trachea. Può ancora oltre codesti casi, che sono i più ordinarj richiedersi la Broncotomia nel caso di compressione sulla trachea prodotta da corpi estranei esistenti nella faringe, in occasione, che la lingua sia gonfia in modo da chiudere le fauci, nel caso di gonfiore eccedente delle tonsille. Molti Autori poi hanno consigliato ancora questa operazione nei casi di sommersione; ma l' esperienze fatte sopra i sommersi provano, che in questi per lo più la morte dipende da tutt' altra cagione, che dall' impedito passaggio dell' aria, e quindi in essi non deesi generalizzarne l' uso, come altresì si deve omettere la Broncotomia in alcuni altri degli anzidetti casi. Qualora poi sia indispensabile codesta operazione debbonsi aprire le vie della respirazione quanto è necessario, per dare passaggio all' aria, onde poter continuare la respirazione medesima, o richiedesi un' apertura molta maggiore, onde estrarre da esse un corpo estraneo. Devesi per altro riflettere, che in questo caso molte volte o dagl' impeti di tosse, o di vomito vengono espulsi detti corpi estranei da loro medesimi, e quindi rendesi inutile l' operazione, motivo per cui non deesi essa praticare senza una estrema necessità. Negli altri casi per altro deve il Cerusico procurare d' eseguirla in tempo, riuscendo essa sovente inutile attesa la gravezza della malattia, lo che ha luogo segnatamente nelle angine. Dessendo

zione al malato introducendo delle sciringhe di gomma elastica nella trachea, e questo metodo è quello, che può supplire in alcuni casi alla laringotomia, come in appresso vedremo.

Varj sono stati i metodi imaginati per fare queste operazioni. Alcune volte deesi incidere la membrana, che riunisce le cartillagini cricoide, e tiroide, e s'introduce l'aria fra le medesime, e questo metodo è propriamente quello, che costituisce la laringotomia. Altre volte s'incidono longitudinalmente cinque, o sei anelli della trachea, e ciò forma la tracheotomia, la quale sebbene forse più pericolosa dell'altra a motivo dell'offesa de' vasi sanguigni considerabili è tuttavia secondo alcuni necessaria, qualora si tratti di tirar fuori de' corpi estranei introdotti nella trachea. Variano poi le opinioni degl' Autori sullo stromento da servirsi per fare l'apertura, poichè alcuni preferiscono il troicart, ed altri lo stromento del *Bauchot*, che in molti casi può riuscire più vantaggioso, e più comodo particolarmente per tener fissa la trachea. Noi descriveremo brevemente due metodi, la laringotomia cioè, e la tracheotomia, essendo la prima preferibile in alcuni casi, ed essendo la seconda in altri indispensabile.

Per praticare la laringotomia si deve preparare la necessaria suppelletile di stromenti consistente in un bistorino, una cannula, due errine, una lancetta, la quale si ricuopre di una fittuccia, onde ne resti scoperta la sola punta, un pezzo di ceroto, compresse aperte, un pezzo di taffettà, o di velo, ed una fascia a quattro capi, ed una spugna per asciugare il sangue. Preparato il necessario si farà situare l'infermo in una comoda posizione, che sia segnatamente adattata a render facile la respirazione. Alcuni preferiscono, che il

paziente sia seduto sopra una sedia, altri che resti coricato nel letto. Il Professore dovrà regolarsi secondo le circostanze procurando peraltro, che il capo sia ben fissato, e portato alquanto in addietro, onde possano restar tesi i tegumenti, e le altre parti della regione anteriore del collo. Restando il paziente in questa situazione il Professore formerà una piegatura nei tegumenti, e farà un taglio dei medesimi fino che si arrivi a scoprire il ligamento crico-tiroideo. Ciò fatto si deve asciugare il sangue, onde esso non entri nella trachea, quando sarà aperta la laringe. Questo si ottiene facilmente con una spugna, e si adopera l'acqua fredda per fermare l'emorragia, se essa non cessi spontaneamente da se medesima. Quando non esce più il sangue s'inciderà il ligamento crico-tiroideo, e s'introdurrà nell'apertura una cannula, onde lasciare il passaggio all'aria. Fa di mestieri in questo caso la massima cautela per impedire, che una qualche porzione di sangue non entri nella laringe, e non produca della tosse, che renda molto difficile il continuare l'operazione. A quest'oggetto sarà utile il servirsi dello stromento di *Bauchot*. In qualunque modo peraltro siasi fissata la cannula nell'apertura della laringe si dovrà essa tenere in sito fissandola intorno al collo. La maggior parte degl'Autori consigliano di porre sulla cannula un pezzo di velo onde impedire, che entrino nella medesima gl'insetti, o altri corpi esistenti nell'aria, i quali poi possano irritare la trachea. Alcuni al contrario credono inutile questa precauzione, anzi dannosa, poichè il velo si ricuopre ben presto di un muco, il quale impedisce il passaggio dell'[illegible] dono anzi, che sia eziandio [illegible] ferita

esterna si riunirà essa con un pezzo di ceroto finestrato, e con delle compresse, e fascie, parimenti forate nel mezzo, onde dar passaggio alla cannula. Sarà ancora necessario fissare con un a fascia il capo, acciò ne' varj movimenti del medesimo la ferita della laringe, non si levi dalla direzione della ferita esterna, da cui abbia da escire la cannula, ovvero s' insinui l' aria sotto i tegumenti, e formi un enfisema. Resta quì ad avvertire, che molte volte la cannula, che si lascia nella ferita può rimanere dopo qualche tempo piena di muco, il quale impedisce il passaggio dell' aria, ed il malato corra egualmente pericolo di restar soffocato. Varj sono stati i metodi proposti per rimediare a questo inconveniente; ma la difficoltà maggiore in questi casi è di pulire la cannula senza estrarla, giacchè tirandola fuori dal forame della trachea, resterebbe impossibile l' introdurla di nuovo, e potrebbe facilmente produrre un enfisema. Il miglior metodo sembra quello raccomandato da *Martine*, e da *Ficker*, cioè d' introdurre due cannule una dentro l' altra, e lasciando sempre in sito l' esterna estrarre di tanto, in tanto l' interna per ripulirla, la quale preferiscono di gomma elastica, ed alquanto curva secondo il consiglio di *Richter*.

L' operazione accennata della laringotomia conviene in particolare quando si tratta di dar passaggio all' aria in occasione di angina, che rende impossibile la respirazione, ovvero nel caso, che si debba prestar soccorso ad un annegato in cui si trovi depressa l'epiglottide, o che si debba eseguire la legatura in un polipo dell' esofago. Se poi l' impedimento della respirazione dipenda dall' esistenza de' corpi estranei nell' esofago, da tumefazione della lingua, da tumori nelle vicinanze della

trachea, o da ingorgamento considerabile prodotto da una ferita del collo, potrassi in codesti casi preferire alla laringotomia, l' introduzione di una sciringa elastica dalle narici nella trachea giusta il metodo accennato di *Dessault*. Codesto stromento dev' essere più lungo, e più flessibile di quello, che ordinariamente servesi il Professore per introdurre nella vescica orinaria. Qualora però l'oggetto dell' operazione sia quello di tirar fuori un corpo estraneo caduto nella trachea sarebbe troppo piccola l' incisione anzidetta del ligamento crico-tiroideo, ed allora conviene praticare la tracheotomia, ossia l' incisione degli anelli della trachea medesima.

Per fare la tracheotomia si farà porre il malato presso a poco nella medesima situazione da noi già accennata, e si forma il taglio de' comuni integumenti più lungo di quello, che praticasi nella laringotomia. Esso principierà circa un pollice sotto alla prominenza formata dalla cartillagine tiroidea, e si estenderà fino alla estremità superiore dello sterno. Con i comuni integumenti si taglieranno ancora alcune fibre del muscolo *platisma-mioideo*, e si divideranno con somma attenzione i muscoli *sterno joidei*, e *sterno tiroidei*. Devesi adoperare somma cautela per evitare l'offesa dell' arterie tiroidee, dall'offesa delle quali nasce una emorragia molto pericolosa, sia perchè il sangue può passare dentro nella trachea, sia perchè se ciò non accade l'emorragia esterna è difficilissima a rimediarsi, non potendosi legare i vasi atteso il loro gran numero, e non potendosi comprimere non essendovi punto d' appoggio, quindi è che d' alcuni pratici si consiglia di ricorrere in questi casi all' unico rimedio, cioè al ferro rovente. Ogni [illegible] l'emorragia [illegible] considerabile

sarà sufficente un qualche liquore spiritoso, col quale si bagnerà una spugna, che si porterà sulla ferita.

Asciugato il sangue si passerà all' apertura della trachea. Per fare la medesima si scosteranno i labbri della ferita esterna, facendoli tenere allontanati col mezzo di due errine ottuse, ed indi scoperta bene la trachea si pone il dito indice della mano sinistra nell' angolo inferiore della ferita, e fissandone l' unghia fra due anelli cartillaginosi si porta il bistorino sul medesimo, e facendolo penetrare nella trachea s' incidono tre, o quattro anelli di questa dal basso, in alto.

Fatta l' operazione dovrassi subito procurare l' esito del corpo estraneo passato accidentalmente nella trachea. Ordinariamente il solo sforzo della colonna d' aria, che esce dai polmoni, è bastante a spingere fuori il detto corpo, e qualche volta viene cacciato con impeto ad una certa distanza, altre volte poi essendo troppo grande per passare facilmente fra i labbri della ferita viene esso spinto solamente fra i lembi della medesima, ed allora non sarà difficile l' estrarlo. Qualora per altro il corpo estraneo non si presenti immediatamente alla ferita sarà necessario tenerne discostati i labbri con due errine ottuse, ed estrarlo per mezzo di una pinzetta adattata.

Se l' anzidetto corpo esista nelli ventricoli della laringe dovrà parimenti estrarsi al più presto, giacchè sebbene resti spesse fiate in detto luogo senza produrre gravi accidenti, col restarvi per altro lungo tempo, potrebbe pure alla fine cagionare la carie nelle cartillagini della laringe, e la tisi. Questa carie, o l'esistenza di un polipo nella laringe esige eziandio l'apertura della medesima. Per penetrare in detta parte è necessario ta-

gliare longitudinalmente la cartillagine tiroidea, operazione, che eseguiscesi coll' ajuto di un bistorino, di una sonda scannellata di acciajo, e di una molletta ad anello retta, la quale serve per tener dilatati i bordi della cartillagine già recisa, nel momento, che si estrae il corpo ivi esistente, o si spinge in alto per farlo escire dalla bocca.

Questa operazione sebbene sia di grave pericolo, a motivo dell' emorragia, che facilmente sopraggiunge, e dell' ossificazione della cartillagine, che alle volte si rincontra, ciò non pertanto si crede in codesti casi doversi preferire alla tracheotomia, giusta il sentimento di *Dessault*. Questo celebre Professore crede ancora, che si debba preferire la recisione della cartillagine tiroidea alla sezione degli anelli della trachea, nell' occasione di dover estrarre un corpo estraneo dalla medesima, ed avverte, che se in questa ritrovasi il suddetto corpo inoltrato, si dee fendere benanche la cartillagine cricoidea, sezione, che non apporta alcun pericolo, e che si rende sufficente all' oggetto proposto.

In genere fatta, che sia l' operazione sarà bene di non riunire subito le ferite per impedire il passaggio del sangue nelle vie della respirazione, anzi si procurerà l' esito del medesimo al difuori, avvertendo di tenere difesa la ferita dall' aria, e dai corpi estranei. Se sia necessario, secondo l'oggetto, che si è istituita l' operazione; si pone nell' apertura la cannula. La medicatura della ferita dev' essere delle più semplici, ed in generale s'ottiene facilmente la sua riunione, meno il caso di carie delle cartillagini della laringe. Noi ci rimettiamo a quello, che abbiamo detto più a lungo trattando delle ferite della Trachea.

ARTICOLO III.

Della Esofagotomia.

I corpi stranieri arrestati nell' esofago possono essere molte volte cagioni di gravi accidenti, o pel loro volume, o per la loro figura. Il Cerusico trovasi quindi spesso obbligato a togliere i medesimi dal luogo, dove rimangono fissi, e questo si può fare come abbiamo esposto nel secondo volume pag. 171, o spingendoli nello stomaco abbenchè siano corpi di rame, poichè l'esperienza di *Dronard* provano, che i medesimi non passano nelle prime vie allo stato di osssido verde, o estraendoli dalla bocca sia cogli stromenti, come le pinzette curve di *Brambilla*, un pezzo di spugna assicurato ad un filo incerato &c. sia per mezzo del vomito mercè un emetico, o clistieri di decotto di tabacco; o finalmente facendo un' apertura nell' esofago stesso, e tirandoli fuori dalla medesima, e questo ultimo mezzo è quello, che costituisce propriamente l' *Esofagotamia*. Operazione come abbiamo detto in altro luogo delle più difficili, e pericolose, che abbiamo nella Chirurgia; motivo per cui uno de' migliori pratici recenti il celebre *Lassus* non dubita d' avanzare, che egli non crede a motivo del pericolo in cui si pone il malato, che vi sia persona così temeraria, che abbia ardire di fare questa operazione sull'uomo vivente. Infatti non abbiamo esempi di operazione di questa specie praticata sul vivo. Siccome per altro abbiamo presso gli Scrittori molti essempj di ferite dell' esofago guarite felicemente, inoltre conosciamo a questo proposito l' esperienze fatte sugli animali particolarmente dal celebre *Guat-*

tani con esito favorevole, così potendo essere in alcuni casi questa operazione l'unico mezzo di salvare la vita al paziente, noi passiamo a descrivere il manuale della medesima, non essendo impossibile alle volte intraprenderla con esito felice. In genere sappiamo ancora, che le ferite dell' esofago non sono assolutamente mortali, e che possono essere guarite sotto un esatto metodo di cura. I pratici più recenti credono, che si debba aprire l' esofago quando il corpo estraneo non può essere spinto nello stomaco, ne cacciato fuori per la bocca, la sua presenza eccita gravi sintomi, e quando esso resta fermo nella parte superiore dell' esofago. La circostanza per altro più favorevole sarà quando il corpo estraneo forma una prominenza all'esterno, sulla quale si può tagliare senza pericolo, poichè la prominenza stessa, che esso forma ha spinto lateralmente dai due lati i vasi, e nervi, dei quali potrebbe l'offesa essere pericolosa; molto più poi l' operazione sarà indicata, e più sicura se il corpo estraneo abbia prodotto una suppurazione, che formando un ascesso; coll'apertura di questo si da esito al medesimo; ma ciò a parlar propriamente non può dirsi esofagotomia.

Se adunque i suindicati mezzi nulla giovino per dissipare i gravi sintomi prodotti dalla presenza del corpo estraneo, o coll' espellere il medesimo, o col spingerlo nello stomaco, e d' altronde il paziente sia in pericolo di vita, si dovrà prima introdurre una sciringa elastica per la narice nella trachea, ed in tal modo acquistar tempo, impedendo la soffocazione, e somministrando de' calmanti per quindi nell' estremo caso passare all' operazione propriamente detta dell' Esofagotomia. Questa consiste nell' apertura dell' esofago quando ritrovasi nello stato [illegible] operazione si pre-

ferà il necessario apparato di stromenti consistente in un bistorino retto, un coltellino di avorio, due errine doppie ottuse, una tantola scannellata, una pinzetta anatomica, liste di cerotò, fasce, fila, compresse ec.

Preparato tutto il bisognevole verrà situato il malato orizzontalmente, e se sarà possibile si farà una piega ne' comuni tegumenti alla parte laterale sinistra della trachea, si farà indi un taglio de' medesimi, il quale arrivi dalla parte superiore di essa fino allo sterno, e si procurerà in seguitodi separare i muscoli *sterno-joideo*, e *sterno-tiroideo* tagliando la cellulare, che li riunisce, dopo di che s' ingegnerà il Cerusicò di avere à poco à poco parte col dito, parte collo stromento ottuso, scoperto l' esofago, tenendo sempre slontanati i labbri della ferita colle due errine: si deve osservare in questo manuale di non offendere il nervo ricorrente, la carotide, la giugulare interna, e l'arteria che va alla tiroide, Per impedire l' offesa del nervo ricorrente, che potrebbe portare l' indebolimento o alterazione della voce, si tirerà lateralmente collo stesso uncino, che tiene dilatata la ferita. Se resti poi offeso qualche ramo arterioso si legherà sul momento prima di passare innanzi all' operazione. Scoperto l' esofago si solleverà leggermente colla anatomica pinzetta, e si farà un piccolo taglio nel medesimo, da cui si introdurrà la tenta scannellata per mezzo della quale si condurrà la pinzetta adattata, afferrando colla medesima il corpo estraneo, si tirerà fuori.

Fatta l' operazione si deve mettere studio di riunire esattamente la ferita, e questo si otterrà colle liste di cerotò, e colla fasciatura unitiva, ponendo prima a contatto la ferita dell' esofago, e dopo quella delli tegumenti. Per ottenerne la pron-

ta riunione sarà necessario, che il paziente si astenga non solo ne' primi giorni da qualunque cibo solido, ma se sarà possibile ancora dai fluidi contentandosi di semplici clistieri nutrienti. La dieta adunque dovrà essere rigorosissima, e non si concederà il vitto che a gradi principiando con qualche cosa fluida, e passando in seguito alle più solide, e nutrienti, onde prevenire l'infiammazione della parte già irritata, la quale se accade si curerà col sistema antiflogistico.

CAPO III.

DELLE OPERAZIONI, CHE SI ESEGUISCONO SUL PETTO.

ARTICOLO I.

Dell' Estirpazione del Cancro delle Mammelle.

Il Cancro delle mammelle è una malattia, la quale come abbiamo veduto, trattando delle malattie particolari, può riconoscere per sua cagione un vizio generale della macchina, cui può essersi egualmente formato per l'avanzamento della malattia medesima; e quindi contro la diatesi cancerosa nulla giova l'operazione, e si rende essa inutile, anzi per lo più dannosa, essendo necessario il contentarsi dei semplici rimedj palliativi; ma eccettuato codesto caso, nella sola operazione è riposta la speranza di guarire la paziente. Dovrà dunque il Cerusico in primo luogo esaminare attentamente se il caso che ad esso si presenta, richieda o nò la operazione. Secondo i migliori pratici il più sicuro tempo per fare la medesima si è nel principio della malattia, affinchè si possa esser certi, che

ressa, che il tumore scirroso sia ulcerato o nò, ma è necessario che esso sia mobile, che le glandule dell' ascella corrispondente siano libere, che la paziente non abbia difficoltà di respirare, la quale viene prodotta per lo più da dolore nelle glandole assorbenti situate tra le coste e lo sterno, ne abbia dolori vaghi pel corpo. Fuori di queste condizioni l'operazione sarà un semplice rimedio palliativo, mentre sotto le circostanze accennate si potrà attendere un buon esito dalla medesima, benchè la malattia non sia tanto recente. Un cancro adunque di grande estensione, in parte aderente, ed accompagnato da indurimento delle glandole dell' ascella del medesimo lato, rare volte si può operare con buon successo, ma il celebre *Soemmering* ci assicura di aver operati de cancri delle mammelle lasciando intatte le glandole ascellari ingrossate del medesimo lato, le quali sono terminate felicemente. Abbiamo ancora varie istorie di cancri molto estesi, ed esulcerati operati con felice successo, quindi ne anche questo caso sembra, che possa impedire al Cerusico di tentare l' operazione se essa venga indicata da altre ragioni, che è quanto dire non esservi segni di infezione generale; e lo stesso si dice dei cancri occulti, sebbene gli antichi siano di contrario sentimento. Resterà poi l' operazione controindicata affatto se esistano sintomi di diatesi cancerosa, poichè allora la malattia ripullula facilmente, e con maggior forza di prima. Molto a questo proposito peraltro dovrà riflettere il Professore alla natura maligna o benigna del cancro, giacchè nel primo caso poco si può sperare riguardo all' esito felice dell' operazione; quindi sarà necessario, che esamini egli attentamente se la malattia sia ereditaria, il corso, e natura della medesima, le cause, poi-

chè essendo interne universali non ammettono l'operazione senza grande azzardo pel successo giusta il sentimento dei celebri *Frank*, e *Scarpa*; le malattie precedenti della stessa natura, il luogo del cancro la qualità dell' ulcera ec. Se il cancro sia aderente, e vi si possa presumere attaccato dallo stesso vizio il muscolo pettorale, ed anche le coste, sarà difficile estirpare tutta la parte affetta, e perciò difficilmente riuscirà l' operazione; molto meno sarà essa da eseguirsi se sarà attaccata ancora la Pleura. Questi difetti si possono conoscere esaminando l' aderenza del tumore, giacchè secondo il grado della medesima; e la maggiore o minore difficoltà, che accompagna la respirazione, sono essi da presumersi. Finalmente se la malattia si dimostri in altre parti, e segnatamente nelle glandole ascellari del lato opposto, o nella mammella opposta si renderà pressochè inutile l' operazione, essendo questi, per lo più, segni d' indole cancerosa nella macchina. Questa Diatesi sarà pienamente confermata prendendo il Professore attenzione particolare allo stato dell' Utero, posciachè se in esso senta la paziente dei dolori, se soffre un ostinato flusso bianco, delle emorragie ec. sarà segno che questa parte ancora è affetta, e che la malattia non è sicuramente soltanto locale. Qualora peraltro le circostanze tutte, o almeno la maggior parte di esse concorrano ad indicare l' operazione, dovrà il Cersico riflettere, che il principale oggetto della medesima si è quello di estirpare tuttociò si trova di affetto, altrimenti essa riesce inutile. In primo luogo deve egli preparare la paziente coi rimedj interni, e dieta adattata, e passare indi all'operazione, al quale oggetto preparerà la suppellettile necessaria degli stromenti. Questo consiste in

una errina, delle pinzette anatomiche, refe incerato, spugne, liste di cerotto, fila, compresse, e fascie circolari. La paziente verrà situata a sedere sopra una sedia più tosto alta, terrà la testa appoggiata al petto di un ministro, e da un secondo si fa sostenere disteso il braccio corrispondente; ovvero sarà situata in un piccolo letto col tronco appoggiato sopra un piano inclinato. Ciò posto si situano degli altri assistenti, che tengono la paziente ferma, se occorre, nella posizione accennata, e che somministrino i necessarj stromenti, e finalmente servino di ajuto al Professore, dal quale situato incontro l' inferma si farà una piega nei comuni tegumenti, di cui ne terrà egli un estremità, e l' altra sarà tenuta da un ministro. Allora col bistorino indicato farà un taglio nel mezzo della piega, e questo taglio sarà proporzionato alla grossezza della glandola da estirparsi tanto nella lunghezza, che dev' essere bastante a dare esito alla glandola, quanto nella direzione, che deve essere secondo la lunghezza della medesima; non potendosi dare un esatta regola se questa debba eseguirsi in linea perpendicolare, o orizzontale. Si potrà ancora fare il taglio sulla glandola stessa senza che vi sia bisogno di tendere i tegumenti per mezzo di una piegatura fatta nei medesimi. Il taglio sarà retto se i tegumenti siano sani, ma se essi siano affetti, o aderenti alla glandola sottoposta, sarà necessario di fare due tagli semielittici lasciando separata la porzione viziata dei tegumenti, e procurando di lasciarne la maggior quantità che sia possibile. Il celebre *Sabatier* parlando del taglio della pelle, oltre le regole di sopra accennate avverte, che si procuri portare il tagliente del bistorino in direzione perpendicolare, giacchè portandosi in direzione obbliqua si verrebbe a formare una

piaga maggiore, ed in sequela più dolorosa. Consiglia ancora saviamente il medesimo Autore, che la ferita nel caso, che si debba portar via porzione di tegumenti abbia una figura oblonga, onde renderne più sollecita la cicatrice, e perciò ottenere, dice *Richerand*, è necessario dare alla ferita una direzione orizzontale, e finalmente avverte il sullodato Autore di terminare il taglio interamente prima di passare ad estirpare la glandola, poichè in caso contrario sarebbe d' uopo di ritornare a dilatare il taglio, cosa, che renderebbe più lunga, ed incomoda l' operazione. E' a questo oggetto precisamente necessario, che il bistorino recida tutta la grossezza degl' integumenti, diversamente nello staccarli si trova, che in molti luoghi il taglio non è arrivato fino alla cellulare, e quindi fa di mestieri ritornare collo stromento, onde farne totalmente la recisione. Lo stesso si dica, se si faranno due tagli semilunari nel qual caso si procurerà, che dove si incontrano i medesimi vengono un poco ad incrocichiarsi, altrimenti si corre di leggieri pericolo, che nel luogo dove essi si riuniscono resti qualche porzione di comuni tegumenti non recisa.

Compito il taglio della pelle con tutte le cautele accennate si verrà all' estirpazione della glandola. A questo fine si deve prendere la medesima con una errina, e si solleva per poterla distaccare col ferro, o con una spatola, da tutte le aderenze colle parti vicine. Alcuni preferiscono di sollevare la glandola colle dita della mano sinistra, ed infatti questo mezzo si rende più comodo dell' errina, molto più, che espone meno le arterie al pericolo di esser recise dal ferro tagliente. La separazione della glandola se non sia aderente è assai facile essendo essa unita

dita stesse. Sarà bene di principiare a separare la glandola dalla parte inferiore, e poi dalla superiore, e si procurerà, che il muscolo pettorale continui ad esser teso, e se essa sia aderente al medesimo si reciderà ancora la porzione del muscolo, che vi è attaccato, quante volte non riesca di separarla, lo che non si rende molto difficile, se trattasi di semplice aderenza.

Estirpata la glandola dovrà osservare con molta attenzione il Professore se esistono delle altre glandole indurite, o una qualche porzione di cellulare infarcita, poichè se rimangono queste parti divengono esse nuovi germi della malattia' la quale per conseguenza facilmente recidiva. Non dovrà quindi il Professore affrettarsi di troppo, chiudere la ferita, e terminare l'operazione; ma dovrà esaminare attentamente tutte le parti, e portar via collo stesso metodo tutto quello, che egli scoprisse di affetto, o che almeno sembrasse di esserlo, altrimenti si corre pericolo di renderla inutile, dipendendo da quest' attenzione tutto il buon esito della medesima. Riescirà più facile asportare i residui dell' affezzione col mezzo delle pinzette, essendo ordinariamente tali porzioni di cellulare, piuttosto piccole. Se poi le glandole infarcite, e scirrose non restino nel luogo medesimo, dove è stata estirpata la glandola principale; ma un poco lateralmente, per esempio, siano esse le glandole dell' ascella, consigliasi da alcuni di prolungare il taglio de' tegumenti fino alle medesime, e dopo scoperte estirparle collo stesso metodo. *Sabatier*, per altro temendo in questo caso il pericolo dell' emorragia, che potrebbe aver luogo estirpando tali glandole per l' offesa de' grossi vasi arteriosi, che restano vicini alle medesime preferisce d' isolarle

dalle parti vicine, e di legarle, onde vengono poi a cadere colla suppurazione.

Ogni volta che la glandola da estirparsi sia assai voluminosa, o il cancro ulcerato, l'operazione si rende molto più complicata, e difficile, essendo necessario di recidere totalmente la mammella, invece di separarla soltanto in parte. Allora con un bistorino più grande dell'ordinario si faranno due incisioni semilunari sul tumore stesso, la prima inferiore, e la seconda superiore, e si distacca tutto il tumore canceroso dalle parti sottoposte recidendo non solo il tessuto cellulare; ma ancora porzione del muscolo sottostante, lo che è in questa circostanza sovente necessario, anzi si richiede talvolta di raschiare le coste corrispondenti, che principiano a cariarsi; ma in questo caso è molto incerto il buon successo dell'operazione.

Il sintoma più grave, ed incomodo, che accompagni questa operazione si è l'emorragia, che il Cerusico deve impedire per quanto è possibile. A quest'oggetto è indispensabile di legare tutte le arterie, che possono dar del sangue, e questo dee farsi appena estirpato il tumore, poscia che se si medichi la piaga, tralasciandone qualcuna si corre pericolo di produrre una emorragia, che obbliga a togliere la medicatura con molto incomodo, e dolore della paziente. E' stato da qualcuno proposto il caustico, e la compressione; ma il primo produrrebbe una irritazione troppo violenta, e la seconda è impraticabile, perchè acciò essa sia efficace è necessario, che sia tanto stretta, che produce un impedimento tale alla respirazione, che resta insoffribile alla malata. Per rendere più facile la legatura dei

arteriosi sarà ben fatto di fare comprimere l' arteria succlavia sotto la clavicola, e così facendo cessare questa compressione si potrà vedere facilmente quali sono i vasi, che debbono essere legati, lo che si farà per mezzo delle pinzette, e filo incerato. Se l' emorragia non sia molto forte, come in alcuni casi può accadere, allorchè il tumore estirpato sia piccolo, e mobile, si crede sufficente il lavare la piaga con acqua fredda, in cui sia stato sciolto un poco di allume; ma dall' anzidetta esattezza nella legatura di ogni benchè piccolo ramo arterioso ripetono la maggior parte dei Professori il pronto, e felice esito della cura. Non mancano però di quelli fra i quali *Teason*, che escludono in questa operazione ogni sorta di allacciatura come non necessaria; ma secondo *Bell*, ed i più accreditati, questa opinione non è la più seguita, e che noi non adottiamo. E'certo del resto, che una perdita di sangue nel tempo dell' operazione non sarà dannosa, che anzi può riescire di qualche vantaggio per la cura.

Arrestato il sangue è di mestieri medicare la piaga, che molte volte presenta una gran superficie. Essa deve essere medicata come le ferite, che debbono suppurare, e delle quali abbiamo già parlato a suo luogo, fuoriche in qualche raro caso, in cui la porzione di glandola estirpata fosse poco considerabile, e non si fosse portata via porzione d' integumenti. Si metteranno sulla piaga delle fila in quantità sufficiente, e sopra le medesime delle compresse, che si terranno in sito per mezzo di una fascia circolare leggermente stretta, senza incomodare peraltro la respirazione. Alcuni credono necessaria la sutura cruenta quando la piaga sia piccola, ma allora basteranno delle liste di cerotto adesivo.

Fatta l'operazione, e medicata la paziente, si porrà in letto, e sarà bene darle subito un calmante. Nei primi giorni si terrà ad una dieta rigorosa, e si lascierà la fasciatura nello stesso luogo, contentandosi di visitarla di tanto in tanto per vedere se mai venisse del sangue, il quale se fosse abbondante sarebbe necessario di togliere l'apparecchio, e legare, o cauterizzare il vaso, da cui nasce l'emorragia. Si lascierà l'apparecchio per tre, o quattro giorni, e dopo si sostituirà alla fascia circolare quella a sei capi, che resta molto più comoda. A questo tempo essendosi stabilita la suppurazione si medicherà la ferita secondo la regola in genere già data, e se ne procurerà la cicatrizzazione.

Varie osservazioni sono da farsi per la cura di questa piaga dopo l'operazione. Deve il Professore stare bene attento ai sintomi, che possono sopraggiungere nel tempo della suppurazione, ed in particolare all' affezione delle prime vie, che non è molto rara, allora dovrà egli porre in opera gli addattati minorativi, e sarà molto utile l'uso del tartaro emetico. Non di raro la febbre si sviluppa dopo cotesta operazione, e prende marcatamente il carattere di remittente, o di una intermittente perniciosa, ed in questi casi va somministrata la China, come suol darsi nelle febbri di tal carattere; adattando peraltro la dose della medesima alla sensibilità dell' inferma, perlocchè conviene unirvi di frequente l'uso degli antispasmodici, e calmanti. Tutto ciò dobbiamo all'esperienze fatte dal celebre *Dumas* nelle occasioni di grandi ferite, o di grandi operazioni. Quello a cui deve il Professore porre eziandio una particolare attenzione si è [illegible] raro accade,

che si osservino nella medesima delle piccole escrescenze fungose, o tubercoli, i quali hanno tutti i caratteri del cancro, e minacciano la recidiva della malattia. L' unico mezzo sicuro in questi casi, è l' estirpazione sollecita, fatta col mezzo del bistorino. Altri propongono il ferro rovente, di cui asseriscono essersi serviti con successo.

L' arsenico ancora è stato raccomandato come rimedio specifico, e difatti *Richter* assicura d'averne riportato gran vantaggio nei cancri esulcerati della mammella, unendovi un cataplasma di carote coll' acqua saturnina per facilitare la separazione dell' escara; ma questo terribile veleno dev' essere molto cautamente adoperato anche all' esterno.

Condotta a termine la suppurazione senz' apparenza di nuovo cancro, oppure distrutta mercè i mezzi suindicati si ottiene la cicatrice, dalla quale può ancora qualche volta il Cerusico probabilmente dare il suo giudizio sul pericolo della recidiva. Desso peraltro deve in ogni modo prevenire la medesima col mettere l' inferma in una diligente cura, tanto nella dieta, quanto nei medicamenti. La dieta sarà esatta, l' uso del latte, e dei leggieri minorativi, segnatamente degli antimoniali, saranno indicati. Si procurerà, che la paziente non si esponga ad alcuna cagione irritante la macchina; e finalmente porrà attenzione di non agire molto col braccio del lato affetto, e similmente di non strofinare sulla cicatrice recente, o irritare la medesima, mentre essa potrebbe facilmente riaprirsi. Molti recenti Scrittori di Chirurgia consigliano dopo terminata la cura di aprire un fonticolo al braccio del lato dell' operazione, ovvero in alcuni casi particolari, da noi già esposti nel secondo volume trattando di codesta malattia, aprirlo prima dell' operazione medesima, cui egual-

mente si conserverà per tutta la vita, e che produce la derivazione dell' umore acre, la quale potrà essere ancora di sommo vantaggio per impedire la recidiva.

Ad onta per altro di tutte codeste cautele, non di raro accade, che talvolta qualche tempo dopo fatta l'operazione, e cicatrizzata la ferita, si formano delli tumoretti scirrosi, i quali sono glandole, che acquistano tal carattere. Esse vengono a poco, a poco ad accrescersi, a divenire dolenti, ed acquistare in una parola tutti i caratteri del cancro, motivo per cui non si può più dubitare della recidiva della malattia. In questo caso da alcuni si consiglia di passare di nuovo all' operazione; ma l'esito infelice, che accompagna sovente queste operazioni replicate ha determinato i Pratici più recenti ad abbandonare il pensiero della cura radicativa, e contentarsi della palliativa. Per adempiere a quest' oggetto si fa conto da molti dell' opio; ma esso riesce in molti casi dannoso, ansi che utile, poichè esso aumenta il lentore dei fluidi, e per conseguenza accresce la cagione della malattia, e d'altronde non evvi bisogno di sedare i dolori, i quali in questo caso poco, o nulla si fanno sentire. Il miglior metodo adunque quando siasi formata nuovamente un' ulcere carcinomatosa, è il servirsi di un digestivo composto di China, ovvero della pece, la quale mitiga i dolori, e la puzza, adoperando soltanto l'opio a dosi generose, quando lo richieda la necessità.

ARTICOLO II.

Dell' Operazione dell' Empiema.

In molti casi di stravaso di un umore qualunque nella cavità del Petto, si rende indispensabile l' apertura di esso, onde dar esito al fluido ivi contenuto. Questa operazione è quella, che in Chirurgia dicesi operazione dell' *Empiema*.

Gli antichi si sono serviti del nome di Empiema per denotare uno stravaso di marcia nella cavità del Torace, e da questa denominazione è nato il nome dell' operazione stessa, per mezzo di cui egualmente il pus, che gli altri fluidi stravasati si estraggono. Non è nostro assunto l' indicare quali sieno i segni, che dimostrano lo stravaso di un fluido qualunque nella cavità del Petto, come ha luogo nell' Idrotorace, nell' Idrope del pericardio, nello stravaso di marcia &c. Parlando nel primo Volume delle ferite del petto, abbiamo già accennato quali siano gl' indizj dello stravaso di sangue, e quali, quelli della suppurazione. Si è però qui d' avvertire, che codesta operazione quasi mai deesi istituire nello stravaso di sangue prodotto da ferita del petto, in cui la situazione dell' infermo è per lo più sufficiente, ma in quello che viene formato, o da una frattura all' indentro delle coste, che abbia lacerato il polmone, ovvero da quello, che succede dopo una forte commozione del medesimo. alcune volte il fluido viene a farsi manifesto all' esterno formando un tumore, ed allora si deve aprire in quel luogo stesso, onde dar esito al fluido, sebbene non manchino delle osservazioni di empiema accompagnato da tumore esterno, senza che questo avesse alcuna com-

municazione con la cavità stessa. Egli è alle volte molto difficile il conoscere l' esistenza del fluido nella cavità; ma in questi avvenimenti alcuni pratici consigliano di azzardare l' operazione, essendo meglio, che essa riesca inutile, di quello, che lasciare l' infermo senza ajuto alcuno. E' necessario peraltro riflettere ancora allo stato del malato, ed in specie alle forze del medesimo, come eziandio non deve il Cerusico tralasciare nello stesso tempo quei rimedj interni, che possono assicurare il buon esito dell' operazione, anzi a questo proposito dice *Macleux*, che possasi talvolta risparmiare l' operazione nell' Idrotorace coll' amministrazione della digitale, diuretici salini, e piccola dose di calomelano. Oltre lo stravaso di fluido nella cavità del petto, può competere codesta operazione negli ascessi della pleura, nelle raccolte di fluido nella cavità del mediastino &c. Anzi si consiglia da altri di aprire il petto, anche nel caso di ascessi dei polmoni.

Riconosciuta la necessità dell' operazione è di mestieri di disporre la suppellettile degli stromenti, e per la medicatura. Essa non consiste, che in un bistorino un poco convesso nel tagliente, un troicart secondo alcuni, poichè molti sono di sentimento, che esso sia pericoloso, potendo offendere il polmone, eccetto il caso d' idrope del pericardio, un pezzetto di tela sfilata da una parte ec. Se trattasi di Idrotorace, una cannula piatta, fascia a corpo, fila, compresse ec. Preparato tutto il bisognevole si deve scegliere il luogo dell' operazione. I Pratici distinguono comunemente due luoghi per dar esito al fluido contenuto nel petto. Il primo dicesi luogo di necessità, il secondo di elezione. Il luogo di necessità è quello,

nella cavità forma una specie di prominenza, ed allora deesi aprire in detto sito a preferenza di qualunque altro. Se poi ciò non accade, ne si scuopre all' esterno alcun indizio del luogo ove esiste il fluido, si aprirà il Torace fra la settima ed ottava costola; se sia dal lato destro, e fra l' ottava e la nona se sia dal lato sinistro per non offendere il fegato, o la milza, non restando il diaframma egualmente elevato in ambedue i lati. Si deve prendere lo spazio medio delle coste, dove esse sono più curve in basso, e si procura di andare dal lembo superiore della costa inferiore per non offendere l' arteria intercostale, che percorre lungo il lembo inferiore della superiore. Alcuni propongono per maggior sicurezza di servirsi di un filo, col quale misurano la distanza della cartillagine *Xifoide* fino alla spina, e dividendo poi il filo in tre parti uguali, fanno l' incisione alla distanza di una di queste parti dalla cartillagine anzidetta. Vi ha ancora chi propone di far mettere il braccio aderente al petto, e far l' incisione quattro dita sotto l' angolo della scapola. Questo metodo può essere utile ne' casi di Edema, di Enfisema, o nella rara circostanza, che il malato sia pingue, lo che impedisce di contare le coste. Qualora finalmente si presenti il rarissimo caso di dovere eseguire l' operazione dell' Empiema per l' idrope del pericardio, il luogo dell' apertura, la quale si estenderà ad un pollice, sarà fra la quarta, e quinta costola del lato sinistro, e quindi si passa alla punzione col troicart dell'accennata membrana.

Destinato poi il sito dell' operazione si farà porre il malato seduto sopra una sedia, o sulla sponda del letto colle gambe fuori del medesimo, e coi piedi appoggiati. Si farà sostenere in questa

situazione dai ministri; si farà altresì piegare dal lato opposto a quello, che deve operarsi, e ciò per rendere questo lato più elevato; e nello stesso tempo acciò le coste restino maggiormente distanti fra loro, ed il braccio resterà avvicinato al tronco. In questa situazione farà il Professore il taglio de' tegumenti. Per fare il medesimo si prenderà il bistorino colla mano destra, se debba operarsi il destro lato del petto, e con la sinistra se sia il sinistro, si farà una piegatura nella pelle; e s' incide la medesima secondo la lunghezza delle coste, per lo spazio di circa due pollici. Incisa la cute si taglia la cellulare, ed i muscoli intercostali, avvertendo di tenersi sempre vicino la costa inferiore, onde evitare, come abbiamo detto l' offesa dell' arteria intercostale. L' incisione de' muscoli si farà a strato a strato colla punta del bistorino, ed averà almeno un pollice di estensione. Aperti i comuni tegumenti, ed i muscoli, deve incidersi la pleura; ma in caso di Idrotorace prima di fendere la medesima, potrà sentirsi coll' apice di un dito, facendo respirare il malato; la sottostante fluttuazione, che se questa non iscopresi, consiglia in allora *Richter* servirsi per lungo tempo della ferita fatta come il mezzo di un attiva derivazione; piuttosto che incidere la suddetta membrana. In caso opposto con la guida del dito portato nell' incisione s' introduce il bistorino, e dopo forata la pleura, si pone il dito dietro la punta del bistorino stesso, dilatando così l' incisione fatta. Questa precauzione di ricoprire coll' indice la punta del bistorino, è necessaria per non offendere il polmone, lo che può accadere se il fluido contenuto esca prima di poter ritirare lo stromento, come ancora se non esista stravaso nella cavità, almeno nel [illegible]

cuni adoperano un bistorino bottonato per dilatare l' incisione, la quale sarà più o meno lunga secondo la grandezza dell' individuo, e secondo la qualità dell' umore contenuto. Sarà esso ordinariamente sufficiente, se averà la lunghezza di un pollice circa, meno il caso d' idrotorace, in cui potrà farsi di minore estensione.

Aperta la cavità del torace devesi dar esito alla marcia, o altro fluido contenuto nel medesimo. Se la quantità del fluido sia molto non gli si deve dar esito tutto in una volta, giacchè potrebbe produrre al paziente qualche deliquio, e questo molto più ha luogo se lo stravaso sia di sangue, ancorchè sieno passate 48 ore dalla lesione del vaso, poichè mancando la pressione di esso sul medesimo, che produce l' emorragia, si potrebbe questa rinnovare, e cagionare anche la morte del malato. Per facilitare l' esito del pus si rende molte volte necessaria l' introduzione di una cannula, che deve peraltro avere un orlo rilevato, acciò non entri nella cavità del petto. Nell' Idrotorace quando si possa tentare l' operazione altri costumano di dar esito all' acqua in varie volte, facendo escire ogni giorno una data quantità.

Può alle volte accadere, che il polmone sia attaccato alla pleura, e dopo aperta la medesima non abbia luogo l' esito del pus. Varj sono li sentimenti degl' Autori sul partito da prendersi in questi casi. Alcuni consigliano d' introdurre il dito, e separare questa aderenza, ma la maggior parte rigettano tal metodo come inutile, e pericoloso correndosi rischio di causare delle lacerazioni. Quando si creda necessario d' introdurre il dito nella ferita, questo potrà farsi soltanto per riconoscere l' aderenza; ma non mai per separarla. Il miglior modo in questo caso sarà quello di lasciare

in riposo il paziente facendolo giacere dal lato operato, poichè abbiamo delle osservazioni di valenti pratici, dalle quali risulta, che in questa situazione se l' aderenza è piccola, il peso stesso del fluido arriva a separarla, e viene esso ad escire dalla ferita qualche tempo dopo l' operazione. *Lassus* si è in questi casi servito di un metodo, che egli ha ritrovato molto vantaggioso, e si è quello di dilatare il taglio de' muscoli, e della pleura, finchè si arrivi a trovare la raccolta del fluido. Egli narra d' averla prolungata in un caso fino a tre pollici circa di lunghezza.

Dato esito al pus, o altro fluido qualunque contenuto nella cavità colle necessarie cautele si deve medicare la ferita. In primo luogo si farà porre il malato nella situazione anzidetta: onde procurare il continuo esito del fluido, e facendo si, che tutti i muscoli siano in istato di rilasciamento, la quiete sarà sommamente necessaria, e la dieta dovrà regolarsi secondo l' indole della malattia, lo stato, e forze del paziente. In caso d' idrotorace, escita che sia porzione del fluido, e tolta la cannula dalla ferita, vi si metterà un globetto di fila ricoperto da un pezzo di tela finissima, con cui si trattiene nella cavità il fluido ivi rimasto, che in seguito gli si dà esito, togliendo l' apparecchio: in un' altro avvenimento poi s' introdurrà nella ferita un piccolo pezzetto di tela sfilata, che deve soltanto servire ad impedire l' accesso dell' aria esterna, senza per altro impedire quello del pus, o altro fluido, che deve filtrare per la medesima, altrimenti potrebbe esso degenerare, e produrre de' disordini all' interno. Questo pezzetto di tela si sosterrà con delle fila, e compresse, mantenendo il tutto in sito con una fascia a corpo.

Quando [illegible] l' esito del fluido [illegible]

toglie la striscia di tela sfilata, e si sostituisce alla medesima un pezzo di tela sottile, che si applica sulla ferita, su di essa le fila, le compresse, e la fascia. E' necessario di non applicare le fila immediatamente sulla ferita, poiche è molto facile, che esse vengano spinte dall' aria nella cavità, e producano ivi della tosse, ed altri sintomi particolari. Quando poi l' esito del pus sarà affatto cessato si riunirà la ferita con del ceroto unitivo, conformechè si creda necessario, e se ne procurerà la cicatrice. Accade per altro altre volte che questa cicatrice non possa ottenersi in conto alcuno; ma l' apertura divenga fistolosa. Questo ha luogo segnatamente nelle persone molto aduste, e quando l' ulcere, che da origine al pus resta lontana dalla ferita, o assai profonda, come ancora se l'ulcere resti più bassa della ferita stessa. Il Cerusico si accorge facilmente. che la ferita va a divenire fistolosa, ma in molti casi queste fistole non richiedono alcun ajuto dall' arte, chiudendosi facilmente da loro medesime, ne si osserva generalmente, che l' ingresso dell' aria in esse, porti danno notabile alle parti sottoposte. Se per altro la fistola venga prodotta dalla situazione dell' ulcere, che resti più bassa della ferita esterna, sarà prudente il fare una contro apertura sotto la fistola, che non manca di produrre l' esito del pus; e l' astersione, e cicatrizzazione della ferita. Quando del resto la fistola dipenda dalla carie delle coste, non è possibile ottenerne la cicatrice, richiedendosi una operazione troppo pericolosa, che sarebbe quella d' incidere i tegumenti, ed i muscoli assai profondamente, molto più se la carie resta vicino alla spina. In questi avvenimenti nasce ordinariamente un ascesso, la di cui apertura resta fistolosa, ed incurabile. Egli è vero però, che gl' infermi possono

benissimo vivere molti anni con queste fistole senza risentire incomodi notabili, e quindi è meglio lasciare i medesimi con questa malattia, che sottoporli ad una cura più incomoda, e più pericolosa della malattia stessa.

ARTICOLO III.

Della Trapanazione dello sterno.

Quando lo sterno sia fratturato con depressione di una porzione del medesimo si richiede per elevarla la stessa operazione, che si pratica in occasione della depressione dell' ossa del Cranio, vale a dire la *trapanazione*. Questo per altro non è il solo caso, in cui essa abbia luogo, imperciocchè si richiede ancora in occasione di stravaso interno di sangue, cagionato da un colpo violento, che ha agito sullo sterno, o di un stravaso di pus prodotto da un ascesso, in caso di suppurazione interna, ovvero da una raccolta di marcia nella parte inferiore del collo, che siasi fatta strada sotto di codest' osso, o finalmente in caso di carie del medesimo, la quale, in un osso spongioso come lo sterno, fà de' progressi assai rapidi. Gli ascessi al mediastino sono quelli, nei quali ha maggiormente luogo codesta operazione.

Essa non è forse delle più difficili, e pericolose, ma dev' essere eseguita non troppo tardi. L'apparecchio per la medesima consiste nel trapano, fornito della sua corona ec. e sarà forse più comodo un trapano a mano, non essendo lo sterno un osso molto duro. Si preparerà ancora un bistorì convesso, e tutto ciò che si rende necessario per la trapanazione, come abbiamo già in altro luogo indicato. Secondo poi i diversi casi, ne' quali si ne-

tica l' operazione si richiederanno eziandio gli stromenti adattati come p. e. la leva per elevare i pezzi d' osso, se si trapani lo sterno per depressione dei medesimi.

Giusta i casi parimenti si dovrà scegliere il luogo da trapanare, se sia in occasione di frattura dovrà il Professore regolarsi dal luogo dell' ossa depresse, e dalla porzione dello sterno rimasta sana, sulla quale si deve porre la corona del trapano. Qualora poi si debba evacuare del sangue, o del pus contenuto nella cavità del mediastino si dovrà applicare lo stromento nella parte di mezzo dello sterno, acciò non resti offesa l' arteria mammaria. Prescielto dunque il luogo dove devesi eseguire la trapanazione si farà situare il paziente orizzontalmente, e si farà una incisione sui tegumenti che ricuoprono lo sterno, onde scoprire il medesimo. L' incisione preferiscono alcuni di farla con due tagli semielittici, che riunendosi insieme formano un apertura ovale, portando via la pelle esistente nel mezzo dei due tagli. Scoperto l' osso, e raschiato il periostio si applica la corona del trapano non essendo necessario quasi mai di lasciare fuori della medesima la punta dell' albero, poichè attesa la sostanza spongiosa dell' osso la corona si forma da se medesima facilmente una traccia, e non esce mai da questa. Si deve soltanto usare l' attenzione, come nella trapanazione dell' ossa del Cranio di premere leggermente sul trapano, quando si è vicino a perforare la lamina interna dell' osso, per non produrre una violenta pressione sulle parti sottoposte. Perforato l' osso interamente, e portato via il pezzo del medesimo si procurerà cogli adattati stromenti di elevare i pezzi depressi, o di dar esito al fluido contenuto secondo l' indicazione diversa, a quale oggetto si è praticata l'ope-

tono in quest' ultimo caso di esser bene attenti dopo separato l' osso ad aprire il periostio interno, che suol' essere assai compatto, ed impedisce l'esito del fluido contenuto, e stravasato.

Ottenuto l' intento, per cui si è istituita l' operazione si dovrà passare alla medicatura del malato, ed alla cura della ferita. Le regole, che noi abbiamo dato pel metodo da tenersi nella trapanazione del Cranio, vagliono presso a poco nel caso presente avuto riguardo alla diversità del luogo, ed alle cagioni della malattia. La medicatura si farà colla sindone, fila, compresse, e fascia a corpo, e si continuerà poi a medicare la piaga secondo l'indole della suppurazione e del fluido che n' esce. Si possono a questo proposito raccomandare nel termine della cura degl' ascessi del mediastino, le injezioni leggermente detersive, preparate con del vino mielato, o con forte infusione di sambuco.

Se mai attesa la carie dell' osso, o la grandezza dello stravaso si richiedessero più fori nello sterno, si ripeterà l'operazione colle stesse regole, e cautele, e si procederà nella medicatura col medesimo sistema. Alla cura locale dipendente dalla natura della piaga, e delle malattie interne, che ha richiesta la trapanazione, si unirà ancora la cura interna diretta secondo i medesimi principj.

CAPO IV.

DELLE OPERAZIONI, CHE SI PRATICANO SULL' ADDOME.

ARTICOLO I.

Delle Suture.

Le ferite penetranti nella cavità dell' addome sono sovente accompagnate da offesa delle intestina. Queste intestina ferite possono restare nella cavità medesima, ovvero possonsi trovare fuori di essa. Abbiamo già detto in altro luogo parlando delle ferite del basso ventre della cura, che conviene in codesti casi; ora dobbiamo soltanto descrivere le misure da prendersi nel secondo caso, le quali si raggirano su i diversi metodi prescritti dagli Autori per riunire gl' intestini feriti, che ritrovansi fuori della cavità addominale, conosciuti sotto il nome di *Sutura*.

Conviene per altro distinguere in tale circostanza le varie specie di ferite, se cioè l' intestino sia offeso secondo la sua circonferenza, ovvero se l' intestino sia reciso totalmente trovandosi descritto per questo ultimo successo un metodo ben differente. Per altro crediamo qui ripetere, che la sutura dell' intestina è una operazione assai pericolosa per le conseguenze che produce, motivo per cui si deve rigettare ancora nella totale recisione dell' intestino, sostituendo piuttosto ad essa il metodo, che in appresso esporremo, il quale può terminare coll' ano artificiale; ma che viene ordinariamente seguito da miglior esito.

In quest' ultima specie di ferite dell' intestina è d' annoverarsi il caso della totale recisione di una

porzione d' intestino, del quale parte ritrovasi nella cavità del basso ventre, e parte fuori della medesima, e siccome potendosi con fondamento supporre, essere in questo caso la prima poco distante dalla seconda porzione d' intestino reciso, così potrassi essa rinvenire senza aumentare al malato il pericolo in cui si trova. A questo proposito non sarà superfluo dire, che se un intestino ferito rimane affatto nell' addome; ma la sua apertura sia corrispondente alla ferita esterna, è necessario mantenere, per quanto si può, la situazione dell' intestino medesimo, mercè quella di tutto l' individuo, mentre in poco tempo si forma un adesione locale, che produce la cicatrice di essa, e non è tanto da temersi lo stravaso nella cavità.

I metodi adunque, che si descrivono dagli Autori per praticare la cucitura dell' intestina detta *Enterorafia* sono varj. Alcuni sono quelli per formare una sutura quando l' intestino sia ferito in parte, i quali si possono praticare in tre modi, e che si dicono sutura del *Pelliciajo*, sutura a *Filzetta*, e sutura ad *Ansa*, inventata da *Ledran*. Se poi l' intestino sia reciso, trasversalmente per modo che sia affatto, o quasi totalmente divisa la sua continuità si consigliano parimenti tre metodi, e sono, quello detto di *Rhamdor* consistente nel procurare d' introdurre l' estremità superiore dentro l' inferiore e così ristabilire la continuità dell' intestina: quello detto di *Littre* consistente nel fissare l' estremità superiore nella ferita esterna venendosi in tal modo a stabilire un ano artificiale, e finalmente quello di *Lapejronie*, che consiste nel mantenere le due estremità dell' intestino al di fuori, e procurando in questa maniera d' ottenerne la riunione.

[illegible] suture indicate essendo

scritte dalla sana pratica di Chirurgia, abbenchè da qualcuno si consiglia nelle ferite dell' intestina tenui con perdita di sostanza, pure noi crediamo non praticarle, e per brevità ometterne la descrizione, rimettendo i nostri leggitori all' opere di alcuni Autori, i quali ne hanno trattato estesamente.

Le suture, che si descrivano generalmente dagli Scrittori di quest' arte salutare nel caso, che l' intestino sia totalmente reciso sono quelle già indicate dei *Rhamdor*, *Littre*, e *Lapejronie*. Il primo metodo consiste adunque nell'invaginazione dell'intestino, ossia nell' introdurre l' estremità superiore di esse nell' inferiore. Questo si eseguisee nel modo seguente. Si separa in primo luogo l' intestino dal mesenterio da ambedue le parti, e si legano i vasi del medesimo. Allora si prende la porzione superiore dell' intestino, che si distingue facilmente dall' inferiore per la quantità delle materie, che n' escano avendo fatto inghiottire al malato qualche cucchiajo di siroppo di viole. Quando con tal mezzo, o con altro simile siasi ben assicurati di ciò, si prende una carta da gioco, o un pezzo di cartone sottile, e se ne forma un tubo, che si deve introdurre nell' estremità superiore, la quale poi con questa guida si fa entrare nell' inferiore, si traversa indi il tutto con un filo, che serve per mantenere l' intestino riunito alla ferita esterna. Allorchè l'estremità sono riunite si leva il filo con facilità, e la carta da gioco viene ad escire con gli escrementi. Questo metodo per altro presenta molte difficoltà, che lo rendono impraticabile, e sono principalmente il difficile passaggio delle materie, essendo l' intestino ristretto dai punti della sutura, il pericolo dell' emorragia essendo quasi impossibile il legare tutti i vasi del mesenterio, e finalmente il pericolo grande dell' infiammazione

dell' intestino stesso, che può divenir mortale, quindi questo metodo dai recenti pratici è riconosciuto per dannoso, ed i migliori attestano di non averne veduto alcun effetto favorevole.

Il secondo metodo è quello di *Littre*, ossia il metodo dell' ano artificiale. Questo si dice ottenere cucendo la porzione inferiore dell' intestino, il quale si rimette nella cavità addominale; ed assicurando l' altra porzione, cioè la superiore con tre fili passati in essa in poca distanza uno dall' altro, cui riuniti assieme servono a mantenerla fra i bordi della ferita del basso ventre. Ciò eseguito si viene a chiudere la parte inferiore dell' intestino, mentre la superiore resta aperta, e le materie escono dalla medesima. Lo scolo di esse involontario, il raccorciamento dell' intestino vicino all' ano artificiale, la mancanza di nutrizione, la quale dipende dall' inutilità della porzione inferiore dell' intestino, e finalmente gli effetti della cucitura di ambedue le porzioni d' intestino dimostrano non solo il metodo di *Littre* assai incomodo; ma eziandio più dannoso, che utile.

Il metodo usato da *Lapejronie* impropriamente ammesso fra le suture degl' intestini, si è quello di mantener fuori della cavità dell' addome le due estremità dell' intestino reciso, in forza di un filo passato nel mesenterio, e procurarne in seguito la riunione per mezzo del contatto delle medesime. Questo metodo è molto lungo, e la riunione si ottiene a gradi, e si attribuiscono ad essi molti altri inconvenienti, e particolarmente quello del ristringimento del tubo intestinale. Nel luogo della cicatrice esso si ristringe, e s' indurisce, ed allora il passaggio delle materie si rende difficile, e ne nascono delle coliche molto forti, e continue. Per evitare però le medesime

ed anche dopo la guarigione medesima tutti quei cibi, che possono indurre stitichezza, e nello stesso tempo le si amministreranno de' leggieri purganti, e clistieri emollienti, ed in tal modo si tiene lontano eziandio il caso di dover riaprire l' intestino, e dar luogo talvolta ad una fistola stercoracea.

La difficoltà della riunione delle due estremità dell' intestina, che si può attribuire a cotesto metodo, non sembra per altro essere sempre tale, sia perchè esse acquistino adesione fra di loro, ossia perchè questa si formi colle parti vicine, è certo, che abbiamo moltissimi esempi in casi ancora di operazione di bubbonocele, in cui sebbene siasi trovata porzione d' intestina cangrenata, che corrisponde la separazione fatta di questa, ad una ferita, che abbia totalmente recisa la circonferenza dell' intestino, ciò non pertanto col mezzo di ritenere nella ferita esterna le due estremità del medesimo approssimate, si è giunto per lo più ad ottenere la perfetta guarigione, e più raramente è terminato il caso con una fistola stercoracea; quindi ci sembra preferibile ai metodi di *Rhamdor*, e di *Littre*, quello di *Laperjonie* con qualche picciola modificazione giusta il diverso caso. A tal fine si deve quì riflettere, che la lesione dell' intestina, di cui parliamo, può presentarsi con una ferita esterna molto più ampia dell' apertura naturale dell'annullo addominale, o arco crurale, e per conseguenza esser più difficile il ritenere tra le labbra della suddetta l' estremità recise dell' intestina; quindi a tale oggetto oltre il dovere, che abbiamo di ristringere la lunghezza della ferita, che penetra nel basso ventre con la sutura secca, ed ajutare questa con la situazione del malato, e fasciatura conveniente, si dovrà etiandio passare un filo nel

mesenterio sotto ciascuna estremità d' intestino diviso, ed in questo modo rendersi sicuri della stabile situazione del medesimo in codesta parte. Il diverso luogo, che può avere nel basso ventre la ferita esige ancora molta attenzione per parte del Cerusico, affinchè le materie fecali non penetrino nella cavità addominale, escendo dall' intestino, ed a tale oggetto dovrà desso vigilare sulla posizione dell'estremità del medesimo, e di quella di tutto l' individuo, come altresì far mutare le pezze bagnate nell' acqua tiepida di malva, che debbonsi applicare sopra la ferita, appena restano imbrattate dalle materie fecali.

Codesta attenzione nella medicatura si continuerà per qualche giorno, e vi si unirà ogni altra cautela per impedire una grande infiammazione della parte offesa. A questo fine si praticheranno secondo il bisogno i salassi necessarj, la dieta regolata, le bevande, i frequenti clisteri la quiete ec. La debolezza apparente del malato non deve distogliere il Cerusico dal praticare il metodo debilitante, in tutta la sua estensione, poichè nell' offese del basso ventre si osserva spesso questa debolezza senza che il paziente sia realmente in un stato tale, e può anche sotto la medesima aver luogo una infiammazione mortale. Si deve in seguito stare molto attento su i cibi procurando di evitare l' uso di quelli, che possono agire particolarmente sulle intestina producendo delle flatulenze ec. Del rimanente per la medicatura deve il Professore adoperare un metodo semplicissimo, il quale consiste nell' applicare delle faldelle di fila asciutte, oppure imbrattate d' unguento cerato, nel tenere a freno col contatto della pietra infernale i bottoncini carnosi che [illegible] si sviluppano, e nell'

una pozione tamarindata, o altra, giusta il bisogno. Nei casi in cui non siasi potuto evitare l'ano artificiale deesi adattare alla parte uno degli stromenti, che si sono inventati dai pratici all' oggetto di contenere le fecce, che quasi di continuo ne escono; fra i quali merita la preferenza quello di *Juville* per essere assicurato ad un cinto elastico, avente il collo di cuojo. *Richter* però ci fa riflettere, che in questo caso un cinto elastico con un pezzo di spugna sotto il cuscino farà le veci di uno sfintere, impedendo il passaggio involontario de' peti, e degli escrementi, ed in tal modo si procurerà un più lungo soggiorno al chilo, e si favorirà l'assorbimento del medesimo. Se poi trattasi soltanto di una fistola stercoracea serviranno bene i clistieri replicati, e la compressione sopra di essa.

ARTICOLO II.

Della Paracentesi dell'Addome.

Si sono succintamente descritte nel secondo volume quali sono le cagioni principali dell' ascite, e si è altresì nel medesimo appena accennato quale debba essere il metodo curativo, essendo questi oggetti interamente risguardanti la Medicina, ed affatto estranei al nostro assunto, quindi è, che a noi spetta soltanto descrivere in cotesta malattia quel manuale operativo, che si rende un rimedio palliativo, non che qualche volta utile per la cura radicativa il quale consiste nell' estrazione dell' acqua dalla cavità addominale. Sebbene per altro l' estrazione di questa sia solamente per lo più un medicamento palliativo, pure di sovente, anzi quasi sempre rendesi essa necessaria per prevenire

molti sintomi pericolosi, che possono nascere dalla presenza di essa, per coadjuvare l' azione de' rimedi interni, e della cura generale, e finalmente per ottenere una cura palliativa della malattia, quando non possa conseguirsene una radicativa.

Qualunque per altro sia il caso, in cui si creda necessaria l' estrazione dell' acqua dell' addome, si eseguisce questa per mezzo di una operazione chiamata *Paracentesi* la quale consiste in un forame fatto nel Ventre, onde dar esito al fluido contenuto. Lo stromento, con cui si eseguisce questa operazione si è il *Troicart*, e quello, che comunemente si preferisce, si è quello detto ago *Barbeziano*, ch' è di forma cilindrica terminata da una punta triangolare. Alcuni vogliono, che l' ago sia nell' estremità formato a modo di lancia, cioè tagliente dai lati, onde poter dilatare la puntura nel caso, che il fluido non escisse facilmente per la cannula del medesimo. Ma questa modificazione come ancora altre imaginate da diversi pratici poco riescono utili nella pratica, ed adoperandosi l' ago lanciato si corre maggior pericolo di offendere qualche diramazione dell' arteria epigastrica, e produrre un emorragia, che può essere causa di conseguenza funesta. Nello scegliere il troicart adattato si avrà ancora riguardo, che sia di un calibro piuttosto grosso, che sottile, giacchè se la cannella è troppo stretta difficilmente seguirà l' esito del fluido, se questo sia denso, e glutinoso, come sovente accade, mentre all' opposto escirà facilmente se la cannella sia di diametro anziche grande.

Oltre il troicart adattato si preparerà ancora la fasciatura detta del *Monrò*, L' oggetto di questa fasciatura si è quello di sostenere il corpo del paziente acciò non possa il

zione della paracentesi evacuandosi una quantità di fluido, ne siegue necessariamente, che viene a mancare la pressione del medesimo sopra i vasi sanguigni addominali, e quindi il sangue si porta con maggior velocità, ed in maggior quantità nelle parti inferiori, del che nasce un disquilibrio del medesimo nelle parti superiori, e quindi la sincope. La fasciatura del *Monrò* ha per oggetto di comprimere il basso ventre gradatamente nel tempo dell' operazione, onde rimanga sempre la medesima pressione su i vasi addominali, e quindi non abbia luogo la mancanza di equilibrio accennata. Si continua essa ancora a tenere dopo l' operazione, onde continuare la pressione fino che le parti abbiano ripreso la loro elasticità naturale, e si viene così in parte ad impedire un nuovo accumulamento di fluido. Questa fascia è larga in modo, che comprenda tutto l' addome con delle striscie di tela, che si possono stringere a proporzione, che esce l' acqua, e così la pressione rimane sempre eguale. Per altro molti pratici sono di sentimento, che una tal fasciatura rimanga molto incomoda pel malato, e che si ottenga lo stesso effetto facendo comprimere il basso ventre nel tempo dell' operazione colle mani da due assistenti, ovvero stringendo l'addome con una salvietta, o meglio ancora con una fascia a corpo ben lunga, la quale si faccia passare sull' addome, e dopo facendo soprapporre le due estremità di essa dietro il dorso si vadano tirando proporzionatamente in senso contrario da due Assistenti, onde resti sempre costante la pressione sul basso ventre. Qualunque metodo poi si scelga a questo riguardo si farà situare il malato orizzontalmente nella sponda del letto sul lato sinistro. Alcuni consigliano di farlo porre a sedere con i piedi a terra; ma questa posizio-

ne oltre che riesce incomoda al paziente, attesa la debolezza del medesimo, produce qualche volta il deliquio, che deve evitarsi per quanto è possibile.

Situato il malato nel modo accennato si dovrà scegliere il luogo, dove deve praticarsi la puntura. Fuori del caso di ascite cistica si farà la puntura nel lato sinistro dell' addome quattro pollici circa in distanza dell' ombellico, restando in questo modo la puntura in un sito, dove non vi è pericolo di offendere il muscolo retto, e l' arteria epigastrica, avendo per altro riguardo di non offendere la milza se sia ostrutta, e molto voluminosa, nel qual caso si potrà fare più avanti, o ancora nel lato destro. Alcuni hanno consigliato di aprire l' addome nella linea alba, ed altri di aprirlo all' ombellico, adoperando una lancetta invece del troicart. Questa loro opinione è appoggiata alle osservazioni fatte di ascitici, i quali sono guariti essendosi aperto spontaneamente l'ombellico, ed essendone uscita dal medesimo una gran quantità di fluido. Riflettendo inoltre alle poche parti, che in questo luogo si offendono sembra questo metodo plausibile, giacchè non vengono forati, che i sòli tegumenti. Se per altro esaminiamo l' osservazione vedremo, che la maggior parte dei Pratici recenti riprova affatto tale metodo, poichè rare volte è seguito da un esito felice. Oltre la difficoltà maggiore, che si trova nell' esito delle acque si corre pericolo; che esca l'omento, ed ancora le intestina, la ferita cicatrizza molto difficilmente, e con somma facilità s' infiamma il peritoneo, quindi il luogo da noi accennato di sopra sembra il migliore.

Per eseguire l'operazione nel luogo testè indicato dopo situato il paziente come si è detto si prende

il troicart colla mano destra appoggiando il manico del medesimo nella palma della mano, e tenendo la cannula fra il pollice, e l'indice si fa penetrare il medesimo nella cavità in modo che l'istromento stesso, e la cannula penetri nella cavità dell' addome forando i tegumenti, i muscoli, ed il peritoneo. Si conosce facilmente quando lo stromento è penetrato nella cavità, e si conosce ancora quando esso fora il peritoneo dalla mancanza della resistenza, che si sente. Per far entrare il trojcart con più facilità si terranno tesi i tegumenti colla mano sinistra. Quando siasi sicuro della penetrazione dello stromento si leverà il medesimo lasciando la cannula, ed allora si vedrà escire il fluido con velocità, e con getto uguale, giacchè se il puntaruolo, e non la cannula sia entrata nella cavità si vedrà escire il fluido lentamente, ed allora è necessario introdurre nuovamente lo spillo, e spingerlo più in avanti, acciò entri la cannula fino nella cavità dell' addome. Molte volte accade, che si trovino nell' addome dell' idatidi, le quali impediscono, che l' acque possano escire liberamente, ed allora soventi volte non è sufficiente l' introduzione di uno specillo bottonato; ma si richiede una cannula di maggior diametro. Per ottenere questo sarà molto vantaggioso l' istromento del *Masotti*, che consiste in due cannule da introdursi una dentro l' altra, delle quali sia però l' interna più lunga dell' esterna, e quella guarnita parimenti di fori laterali serve a tener lontano l' omento, e qualunque altro corpo, che impedisce l' esito del fluido, potendosi introdurre quante volte si creda necessaria, mentre non essendo detta cannula acuta non può produrre alcuna offesa delle parti stesse. Alcuni Autori consigliano di non dar esito a tutto il fluido in una sol volta

ma in diverse riprese, e questo a fine di prevenire il deliquio segnatamente quando il fluido sia in gran quantità. Per altro se vogliamo consultare la pratica, non temeremo punto di dar esito tutto in una volta al fluido contenuto per quanto sia esso abbondante; giacchè se si abbia riguardo di mantenere continuamente una compressione sull' addome, e si regoli essa a proporzione del fluido, che ne esce, non si vedrà seguirne alcun effetto considerevole.

Dato esito alle acque si deve medicare la ferita. Questo si fa comprimendo la medesima col dito, ed applicandovi sopra dopo estratta la cannula un pezzo di taffettà; o cerotto adesivo; con delle compresse asciutte; dopo di che si applica una fascia circolare larga; un poco stretta; qualora non si seguiti a tenere la fasciatura di *Monrò*, della quale si sia fatto uso nel tempo dell' operazione. La ferita ordinariamente cicatrizza in tre o quattro giorni, eccetto in alcuni casi, in cui essa s' infiamma, e suppura; nelle quali circostanze si farà uso del metodo già accennato trattandosi di ferite di questa natura. Alcune volte seguirà per alcuni giorni a gemere dell' acqua dal foro fatto; ma quest' accidente non produce alcuna conseguenza, che il ritardare d' alcuni giorni la cicatrice, nè il Cerusico deve opporsi all' esito della medesima.

Il sintoma il più pericoloso in questi casi è l' emorragia, che nasce dall' offesa del tronco dell' arteria epigastrica, o di qualche ramo della medesima. Questo si conosce dal zampillo di sangue, che si osserva dopo levata la cannula. Alcune volte per altro l' emorragia ha luogo nell' interno, ed allora non si osserva alcun zampillo al di fuori [illegible] vedono solo i sintomi di debol[illegible]

deliquio, ed in questo caso si dovranno adoperare i medesimi mezzi per arrestare l'emorragia come se essa fosse al di fuori, potendo produrre degl'effetti egualmente pericolosi. Il mezzo più sicuro in codesti casi è quello d'introdurre nel foro un pezzo di cerino, onde non si rompa così facilmente. Qualunque altro mezzo riesce inutile, e particolarmente quello della compressione dell'addome per mezzo di una fasciatura, come da alcuni si è consigliato.

Molti Autori propongono di lasciare la cannula nel foro per qualche giorno essendovi pericolo di nuova collezione, di acqua, e potendosi così estrarre la medesima senza bisogno di nuova punzione; ma questo metodo riesce inutile, e molto doloroso pel paziente motivo per cui dopo poco tempo si è obbligati di togliere la cannula, e quindi il miglior metodo si è quello di procurare la cicatrizzazione della ferita. Se si formi nuova raccolta di fluido, se ne procurerà l'esito col metodo stesso, che noi abbiamo di sopra accennato.

Tutta l'attenzione del Professore dopo fatta l'operazione della paracentesi si è quella di prevenire in tempo ad una recidiva. Per ottenere quest'intento è necessario combattere le cagioni della malattia, e ciò s'ottiene principalmente coi rimedj interni. Il trattare dettagliatamente dei metodi, che convengono particolarmente in questi casi sarebbe troppo lungo, e ci porterebbe a dei dettagli, che non appartengono come abbiam detto al nostro oggetto, essendo ciò propriamente spettante alla medicina.

Alcune riflessioni potrebbono quì farsi sopra alcune specie di ascite particolari, ed in primo luogo sull'ascite cistico. L'operazione molte volte non ha luogo in questa specie di ascite; ma

se mai essa si rendesse necessaria allora non si potrà praticare nel luogo di elezione, che abbiamo accennato di sopra; ma si dovrà bensì fare la puntura nel luogo più elevato del tumore.

L' Idrope dell' ovaja è una malattia, che rarissime volte guarisce per mezzo dell' operazione; poichè per solito è congiunta alla medesima una disorganizzazione tale del viscere stesso, che l'operazione si rende inutile, e rare volte si riesce a vuotare perfettamente la cavità dal fluido; per lo che si rende piuttosto dannosa; ma se mai questo riesca, rimangono sempre dei tumori, o degli scirri, che riproducono la malattia fino che poi ne siegue la morte della paziente. Siccome ordinariamente in questi casi la densità del fluido è quella, che impedisce l' esito totale del medesimo, e produce facilmente la recidiva della malattia, così molti hanno proposto di fare una incisione maggiore di quello si faccia col troicart ordinario; ma l' esito di questa operazione quasi sempre infelice ha obbligati i migliori pratici ad allontanarsi da tale metodo.

Nell' idropisia dell' utero, se le acque sieno radunate nella cavità del medesimo, se l' orificio sia chiuso col riaprirlo, o con una sciringa, o col troicart si potrebbe procurarne l' esito; ma se questo riesca difficile si potrà aprire il ventre come in una idropisia cistica. Qualora poi l' acqua fosse nella sostanza spugnosa dell' utero, allora sarà inutile il tentare l' esito per la bocca del medesimo; ma si farà l' apertura nella parte esterna dell' addome, dove il tumore si rende più prominente.

ARTICOLO III.

Dell' Operazione Cesarea.

Non è quì nostro assunto il trattare dell'operazioni spettanti all' Ostetricia, e quindi non parliamo punto di quelle, che in un trattato della medesima convengono, tanto più, che averemo forse occasione di farne parola in altra circostanza. L' operazione Cesarea è quella segnatamente fra le altre, che sebbene abbia per oggetto un parto impossibile ad affettuarsi per la via naturale, tuttavia può sotto alcuni riguardi appartenere alla Chirurgia, essendo una operazione di una specie affatto diversa dall' altre, che si praticano nell' Ostetricia, nelle quali si tratta di estrarre il feto dall' utero per la via naturale, mentre nell' operazione cesarea si apre al medesimo una via preternaturale, e quindi sembra, che detta operazione non appartenga propriamente a quelle, che sono direttamente risguardanti l' arte ostetrica; crediamo perciò possa convenire il darne alcuni cenni in questo trattato di operazioni.

L' operazione *Cesarea* si è così chiamata dalla voce latina *Cæsus*, che significa tagliato, poichè in essa viene reciso l' utero materno per estrarne il feto. Questa operazione si pratica in tutti i casi, nei quali il feto non può assolutamente uscire per la via naturale. Oltre questo caso si può avere occasione ancora di praticare l' operazione cesarea nell' avvenimento della morte di una donna gravida, segnatamente se dessa è arrivata presso che al termine della gravidanza, poichè è provato dall' esperienza, che i feti alcun poco avanzati possono sopravvivere assai lungo tempo a questa

operazione ; onde mancando le forze necessarie dell' utero per la vagina, si rende necessario l' estrarlo per l' addome col metodo, che prescegliere-mo. E' d' avvertirsi in codesto caso di non essere tanto solleciti nell' eseguire l' operazione cesarea per conoscere nella donna la morte dall' asfixia, tanto più, che il feto può sopravvivere molte ore nell' utero materno, dal punto, che la madre non dà più segni di vita, secondo l' esperienze de' celebri Autori *Franh*, *Valerus*, *Burton*, ed altri. Molti scrittori di ostetricia hanno affatto riprovato questa operazione credendola micidiale per la partoriente, e non l' hanno ammessa, che nello stato di morte della medesima. Per altro se noi vogliamo considerare tanto l' autorità de' pratici illuminati, quanto l' esperienza, osserveremo, che si rincontrano molti casi, nei quali essa si rende assolutamente indispensabile, non essendovi altro mezzo per salvare la vita del feto, e della madre.

Le cagioni, le quali possono richiedere l' operazione Cesarea debbono distinguersi in due classi; cioè consistono esse nel difetto delle parti dure, o in quelle delle parti molli, o nella cattiva conformazione del feto. Il difetto delle parti dure consiste principalmente nell' angustia del bacino, il quale sia mal conformato per guisa, che il feto non possa passare assolutamente pel medesimo, ossia questa prodotta dalla piccolezza dei diametri di esso, ossia da una esostosi, o dalla troppo grande curvatura del Sacro cc. Questo difetto richiede indispensabilmente l' operazione Cesarea, poichè non esiste mezzo alcuno per dilatare le parti ossee, tranne che la *Sinfisiotomia* o *Sinchondrotomia*, operazione ancora più pericolosa, ed incerta della Cesarea;

ra del medesimo, ma in questo caso secondo il savio parere di *Monteggia* una tenaglia atta a schiacciare la base del cranio, e la faccia stessa del feto, dopo aver tolto il cervello dal cranio del medesimo, potrà evitare qualunque delle due operazioni accennate volesse scegliersi dal ostetrico, riducendo le dimensioni della testa del feto morto, a quelle diffettose del bacino, e salvare in tal guisa sicuramente la donna. Se per altro il difetto consiste nelle parti molli, allora l' operazione Cesarea spesso non si rende necessaria; esso può dipendere da tumori carnosi, da scirri, o da escrescenze di simil natura, le quali occupino le parti genitali in modo che si renda impossibile il passaggio del feto per la medesima. Una angustia particolare, e preternaturale della vagina può essere egualmente un impedimento al parto; ma qualora la difficoltà nasce semplicemente dalle parti molli, e dall' angustia delle medesime di rado giungesi, come si è detto, ad eseguire l'operazione Cesarea, stantechè non riesce spesso difficile la dilatazione delle medesime, e l' ottenere il parto per la via naturale coll' ajuto delle mani, o degli adattati stromenti, o anche dell' operazione Cesarea vaginale, se l' impedimento del parto consista nella durezza scirrosa limitata alla bocca dell' utero.

Per quello poi rignarda il feto può richiedersi per parte del medesimo l' operazione Cesarea, qualora il feto sia di un volume così grande, che non possa assolutamente passare per l' apertura del bacino; qualora esistono due feti congiunti insieme; ogni volta che siasi rotto l' utero, ed il feto sia passato nel basso ventre, e quando finalmente la gravidanza sia estrauterina, cioè nelle tube falloppiane, o nell' ovaja. In questi ultimi due casi l'apertura, che si fa nel basso ventre fra l' ombellico,

ed il pube per l' estensione di cinque pollici dicesi *Gastrotomia* trattandosi della semplice apertura delle pareti della cavità addominale, e non del taglio dell' utero in cui consiste l' operazione Cesarea propriamente detta. Non tutti gli altri casi suindicati richiedono necessariamente codesta operazione, giacchè non di raro la natura stessa procura dei mezzi, coi quali espellere il feto. Ed infatti molte volte colle sole forze della medesima accade il parto per le vie naturali, altre volte i stromenti adattati sono valevoli a procurarlo. L' unico caso quindi in cui l' operazione Cesarea debba dirsi assolutamente necessaria, si è quello dell' angustia dell' ossa stessa del bacino, unitamente alla sicurezza della vita del feto.

Esiste per altro un altra circostanza, in cui si dee assolutamente praticare questa operazione, ed è quella della morte della madre. Se una donna gravida muoja improvvisamente, o resti uccisa, onde si abbia ragione di credere, che il feto possa essere rimasto vivo nell' utero, l' unico mezzo per salvarlo sarà quello del taglio Cesareo, poichè come abbiamo detto mancando le forze della matrice, il feto non può venire espulso per la via naturale, e l' ajuto delle mani, e degli stromenti non farebbero altro, che porre a rischio maggiore la vita del medesimo, per salvare la quale altro scampo non resta che l' operazione, cui rispetto al manuale, devesi eseguire in questo caso nella maniera, come se la donna fosse viva.

Quando il Professore sia dalle ragioni accennate già deciso a praticare il taglio Cesareo preparerà gli stromenti necessarj. Questi sono due bistorini, cioè un retto bottonato, e l' altro convesso nel tagliente, delle liste di ceroto, compres- una fascia a corpo, fila, spugne ec. Si sceglie-

rà poi il tempo dei dolori del parto, come il più adattato per l'operazione.

Il luogo dove può praticarsi la medesima si è il lato sinistro dell'addome lateralmente all'ombelico quattro dita circa distante dal medesimo, lo che viene ad essere circa nel lembo esterno del muscolo retto. Questo taglio si continua in basso per l'estensione di quattro, o sei pollici, e si farà con somma diligenza procurando di non offendere le intestina sottoposte, al quale oggetto si dovranno prima incidere i comuni tegumenti, indi la cellulare, ed i muscoli, e finalmente il peritoneo adoperando una tentola, o ancora meglio semplicemente le dita, onde non offendere le viscere sottoposte. Posto l'utero allo scoperto viene ad incidersi il medesimo.

Molti hanno rigettato questo metodo per la ragione, che la ferita dell'utero rare volte corrisponde alla ferita esterna segnatamente, quando detto viscere si contrae, e quindi ne viene facilmente ad accadere stravaso di sangue, di linfa, ed altro fluido nella cavità dell'addome, stravaso che può avere delle conseguenze funeste. Oltre di che si corre rischio praticando l'operazione in questo modo di offendere dei vasi arteriosi di qualche calibro, e produrre un emorragia pericolosa. Si è quindi da molti Autori preferito l'incidere l'addome nella linea alba stessa, e vogliono dessi, che in tal modo si renda questa operazione più facile, perche s'impedisce l'offesa dei muscoli, delle arterie, ed inoltre il taglio dell'utero resta sempre corrispondente al taglio esterno, si divide questo viscere in modo, che se ne rende più facile la riunione, e si evita l'offesa delle tube, dei ligamenti, e dei vasi. Altri poi hanno consigliato di aprire l'utero lateralmente nella parte destra, o sini-

stra, dove esso resta più prominente, con un taglio traverso di cinque pollici di lunghezza, ma questo metodo raccomandato da *Lauverjat*, è il più pericoloso per l' offesa delle parti contigue. Il primo accennato è il più ordinario, ma il secondo abbenchè non lasci di avere degli oppositori sembra il più ragionevole. Esso si pratica nel modo seguente.

Si prepara la malata antecedentemente con una emissione di sangue, con dei clisteri emollienti, se sia necessario, ed il tempo lo permetta con qualche purgante, e con un sistema esatto di vita. Preparata la Paziente si situerà la medesima sopra un letto alquanto resistente, sempre, se è possibile, prima dell' evacuazione delle acque dell' amnios, e si procurerà in primo luogo di vuotare la vescica orinaria dall' orina, onde resti contratta, acciò non possa venire offesa dal coltello. Vuotata la vescica colla sciringa se sia necessario verrà situata la paziente colle gambe alquanto distese, e con la testa elevata. Un ministro sosterrà fermo l' utero appoggiando le sue mani sui lati dell' addome, se fia duopo sarà bene di far comprimere ad un altro assistente l' addome sull' ombelico, acciò l' utero restl fisso, e non si porti superiormente, o inferiormente. In questa situazione il Professore restando al lato destro della paziente col bistorì convesso farà una incisione, che principi dall' ombellico, e termini circa due pollici sopra il pube. In questo primo taglio si procurerà d' incidere solamente li comuni integumenti, e la cellulare senza offendere le parti sottoposte; ma mettendo soltanto allo scoperto il peritoneo. Dopo fatto il primo taglio si solleveranno i tegumenti recisi, e facendo una piccola incisione sul peritoneo s' introdurranno due dita nella medesima [illegible] di esse, e di una [illegible]

la stessa direzione tenendolo sempre sollevato nel tempo, che viene inciso per non offendere le parti sottoposte. Quando sia recisa codesta membrana, e posto per conseguenza allo scoperto l'utero dovrà farsi l'incisione di questo, onde dar esito al feto ivi contenuto. Prima d'incidere l'utero sarà benfatto di asciugare la ferita dal sangue, che impedirebbe di poter praticare esattamente l'incisione del medesimo. Per poter fare questa sarà necessario, che un assistente prema l'addome sull'ombellico, onde l utero resti fermo nella sua situazione, e si presenti nello stesso tempo all'incisione de' tegumenti, e del peritoneo. I Scrittori di ostetricia non sono di accordo circa il luogo, dove debba incidersi la matrice, ma la maggior parte convengono, che sia migliore l'inciderla nel suo fondo, per la lunghezza di 5 o 6 pollici circa, lasciando illeso il suo collo. Molte ragioni sono per questo metodo, e segnatamente quella, che in tal modo la ferita dell'utero viene a restare a contatto con la ferita esterna, mentre incidendo il collo della matrice, e questa contraendosi la ferita viene ad essere quasi coperta, i lochi scorrono per la medesima, e si stravasano nel basso ventre, lo che non accade praticando il primo metodo, in cui resta più facile assai l'esito de lochi pel collo dell'utero.

Inciso questo viscere colle cautele accennate si dovranno aprire le membrane, che racchiudono il feto. Nell'apertura della medesima si adopera somma cautela per non offendre il feto sottoposto, come alcune volte è accaduto. Posto finalmente allo scoperto il feto, si estrarrà il medesimo per i piedi, lo che resterà molto più facile, qualora per altro non si presentasse direttamente la testa all'incisione fatta, nel qual caso sarebbe molto meglio il principiare l'estrazione del feto dalla medesima.

Un solo caso può esservi, in cui l'estrazione del feto si rende alquanto difficile, e questa si è quando la placenta resta aderente nel luogo preciso, dove si è inciso l'utero, giacchè allora non è possibile estrarre il feto senza distaccare la medesima. Questo per altro si otterrà facilmente con la mano stessa, con cui si distaccherà dall' utero. Quando poi la placenta non resti direttamente nel luogo medesimo, dove si è aperto il viscere, si rende molto più semplice l'operazione, stante che allora si presenta subito il feto, che si estrae con facilità, e dopo viene estratta la secondina. A quest' oggetto si adopereranno le mani egualmente quando si trovasse qualche difficoltà a distaccarla dalla parte dell' utero. Procurato l' esito del feto, e della seconda ne siegue necessariamente la costrizione dell' utero, la quale se non accadesse spontaneamente sarà indispensabile il procurarla per mezzo delle strofinazioni irritanti sull' addome, o ancora dell' injezioni di simil natura per impicciolire la ferita, ed impedire così l' emorragia, e la penetrazione in essa degl' intestini.

Ciò fatto si medicherà la ferita. A tal fine il Professore procurerà in primo luogo di togliere i grumi di sangue, che potranno essere rimasti nella ferita col mezzo delle mani, ed ancora di spugne adattate. Sarà bene di fare delle injezioni per l' utero, le quali servono per astergere il medesimo, e coadjuvare al suo corrugamento, ed alcuni consigliano di profittare di questo momento per istabilire per mezzo delle dita una comunicazione fra la cavità dell' utero, e l' orificio del medesimo, colla vagina, acciò rendasi facile lo scolo dei lochj. Questo ancora si consiglia di farlo, introdu- [illegible] dell' utero nell' orificio del

utero verrà la medesima lasciata alle forze della natura, non avendo il Professore mezzo alcuno adattato per procurarne la riunione. La ferita poi esterna dovrà riunirsi esattamente. Alcuni propongono a quest' oggetto la sutura secca, altri la semplice compressione, altri finalmente la sutura cruenta. Essendo la ferita nel basso ventre molto ampia si è temuto, che fuori di quest' ultimo mezzo gli altri non riuscissero di alcun vantaggio. Se per altro riflettiamo, che la sutura cruenta porta seco degl' incomodi valutabili, che essa molte volte eccita sintomi tali, che obbligano il Professore a reciderla resteremo persuasi, che la sola compressione con liste ben lunghe di cerotto adesivo, un largo piomacciolo asciutto, ed altre compresse necessarie, sostenute da una fasciatura a corpo mediocremente stretta, sarà sufficiente a produrre la cicatrice della medesima. Infatti questo è il metodo adoperato dai migliori Pratici nel caso di ferita dell' addome, e ciò tanto più avrà luogo in questo, di cui al presente trattiamo. Qualunque metodo si adoperi per la riunione della ferita dell' addome in occasione di parto Cesareo, sarà sempre necessario di lasciare una porzione della ferita stessa aperta nella parte inferiore, onde facilitare l'esito delle materie dall' utero. Si procurerà ancora di rendere più facile l' esito delle medesime ponendo la donna in una situazione adattata, che sarà la laterale. Questa situazione oltre il procurare il libero scolo delle materie renderà anche più facile la riunione della ferita, tenendo sempre i labbri della medesima a mutuo contatto, mentre se la paziente rimanesse supina nel letto tenderebbero essi continuamente a discostarsi. Sarà poi necessario di tener sempre astersa la ferita, ed a questo oggetto verrà essa medicata spesso, e più volte il gior-

no, secondo, che saranno più o meno abbondanti i ripurghi. Le injezioni emollienti fatte per la vagina saranno molto valevoli a procurare l' esito dei medesimi.

Siccome il pericolo maggiore, che possa aver luogo in questi casi si è l' infiammazione, così ogni cura del Professore dopo fatta l' operazione Cesarea si è quella di tener lontana per quanto sia possibile la medesima. Noi non abbiamo bisogno di ripetere in questa occasione quale sia il metodo da tenersi per ciò procurare, avendo molte volte già esposto diffusamente qual regime debba tenersi nei casi di ferite dell' addome, o di operazione di questa natura. La peritonitide è una malattia, a cui sono facilmente soggette le puerpere, e può molto più aver luogo quando desse abbiano sofferta una operazione così grave, come il taglio Cesareo, e quindi dopo il medesimo si dovrà porre in opera il regime antiflogistico in tutta la sua estensione. La dieta dev' essere rigorosa all' ultimo segno, e maggiore di quella, che si pratica in qualunque malattia inflammatoria, perciò dovrà nutrirsi la paziente di soli brodi. Si daranno molto spesso delle bevande diluenti, e se la robustezza della paziente, ed il polso lo richieda non si mancherà di praticare delle emissioni di sangue adattate all' età, al temperamento, ed allo stato della medesima. Essendo la costipazione del basso ventre un sintoma molto comune in questi casi, e nello stesso tempo assai incomodo, potendo produrre dei gravi accidenti, sarà necessario di praticare ne' primi giorni segnatamente dei clistieri emollienti, sì per procurare alla paziente delle abbondanti evacuazioni alvine, come ancora per impedire, che la medesima nell' evacuazioni di esse non abbia de' sforzi tali, che impedi-
[illegible] delle ferite

sato il pericolo dell' infiammazione sarà ben fatto il principiare a ristabilire le forze della puerpera somministrando alla medesima dei leggieri attonanti, ed un vitto alquanto generoso procurando per altro di andar sempre a gradi. Riguardo poi alla ferita dell' addome dopo formata la cicatrice della medesima essendo essa debole, e per conseguenza potendosi facilmente temere un' ernia ventrale sarà bene il tenervi per qualche tempo una compressione adattata. Circa alle altre attenzioni da aversi per la puerpera vengono queste da noi passate sotto silenzio appartenendo esse ad un trattato di Ostetricia.

ARTICOLO IV.

Della Nefrotomia.

E' molto frequente nel corpo umano la formazione dei calcoli orinarj, la quale ha luogo nelle diverse parti, che servono alla separazione di questo fluido escrementizio. Si distinguono comunemente in Chirurgia i calcoli secondo il loro sito, cioè secondo, che essi siano nei reni, negli ureteri, o nella vescica. Qualora il calcolo esista nel rene, e produca delle infiammazioni, le quali poi passano in suppurazione, che sono sovente causa di fistola, viene da alcuni proposta l' incisione del rene stesso, e l' estrazione del calcolo, e questa operazione si è quella, che dicesi comunemente *Nefrotomia*. Conviene distinguere esattamente il caso, in cui il calcolo esistente nel rene abbia prodotto l' infiammazione, la suppurazione, ed una specie di fistola locale, con la di cui dilatazione si viene ad estrarre facilmente il calcolo orinario; ed il caso

in cui il calcolo esistente nel rene produce sintomi tali inflammatori da richiedere l' estrazione. Nel primo caso riesce l' operazione di molta facilità, e presso che di nessuna conseguenza, giacchè l'apertura è già formata da se medesima, ed il Cerusico altro non deve fare, che secondare gli sforzi della natura; ma altrimenti è nel secondo caso, in cui l'operazione dicesi propriamente Nefrotomia, poichè questa operazione è molto pericolosa. Egli è in primo luogo assai difficile a riconoscere se realmente esista, o nò il calcolo nel rene stesso, potendo altra malattia di questo viscere imporre assai facilmente per un calcolo nel medesimo, ma quando anche poi si fosse realmente sicuri dell'esistenza di un calcolo nel rene stesso, egli è facile il comprendere i pericoli, che possono aver luogo, se vogliasi incidere il rene, mentre oltre l' offesa di un viscere così delicato, e sensibile, la sua situazione profonda, ed i vasi, di cui esso è fornito renderebbero l'operazione assai pericolosa, prescindendo ancora dalle sue conseguenze, e segnatamente dallo stravaso di orina, che potrebbe accadere, essendo assai facile l' aprire il peritoneo.

Egli è dunque una verità adottata da tutti i Pratici, che sarebbe un' imprudenza massima di tentare una simile operazione conoscendosi il grave pericolo, che seco porta la medesima, l' incertezza della diagnosi, e la mancanza di esempi di Autori, che l' abbiano eseguita con successo. Qualora per altro il calcolo nel rene abbia già prodotto o un ascesso, o una fistola, tutti i Pratici ammettono, che o aprendo il primo, o dilatando la seconda si debba andare in cerca del calcolo, e procedere all' estrazione del medesimo. In questo caso l'operazione si riduce tutt' al più all' apertura di un sem-
[illegible] lombare, e deesi quindi [illegible]

stanza procedere collo stesso metodo da noi indicato parlandosi della malattia di questa natura.

Vi sono per altro dei casi, nei quali l'operazione può dirsi propriamente Nefrotomia sebbene esista un' ascesso. Questo caso è quello dell' esistenza del calcolo nella sostanza del rene stesso, in modo, che la suppurazione si formi dentro il viscere, e sia necessario aprire il medesimo per estrarre le marce, ed il calcolo. In questa occasione però si deve convenire, che la diagnosi è molto incerta, e non ammette ordinariamente il rischio di una operazione così pericolosa. Qualora si sia sicuri, che il calcolo realmente esista nel rene, e questo abbia prodotto una suppurazione, che meriti darle esito; si sarà poi sicuri di estrarre il calcolo, subito che non si conosce certamente il sito del medesimo? Alcune volte il calcolo è così aderente, che il tirarlo fuori produrrebbe delle lacerazioni molto pericolose.

Ogni volta che per altro l' apertura esista naturalmente, e sia fistolosa, lo specillo potrà dar molto lume sull'esistenza del calcolo, e ne sarà più facile l' estrazione. Estratto, che sia il corpo estraneo si dovrà medicare la parte. Il metodo, che dovrà usarsi in codesti casi sarà adattato alla natura della malattia, riguardando cioè se essa consista in un ascesso, o in una fistola. Noi già abbiamo altrove accennato il metodo, che deve tenersi per la cura di tali malattie, e quindi ci asteniamo di parlarne ulteriormente in questo luogo.

L' apparecchio di cui si fa uso nell' operazione dell' ernia si è un bistorino a taglio convesso, ed un bottonato stretto, e tagliente nella sua concavità detto di *Pott*, una tenta scannellata flessibile, pinzette anatomiche, fili incerati, varie pezzette fine, fila, e fascia adattata a T. Preparato il bisognevole, dopo aver vuotato la vescica, onde togliere ogni impedimento possibile al rientramento dell' intestino, si farà porre il paziente in una situazione adattata, che sarà presso a poco l' orizzontale procurando, che il Professore resti situato dal lato destro del malato. In questa situazione si farà tener fermo il paziente da alcuni assistenti, e l' operante ponendo cura, che restino in rilassamento i muscoli, e segnatamente gli addominali, prenderà gl' integumenti, dopo rasi i peli, col pollice, e l' indice di ambedue le mani forma una piegatura nei medesimi, la quale resti secondo l' apertura dell'ernia stessa, e quindi si favorirà in essa la direzione obbliqua dall'alto in basso, e dall' indentro all' infuori. Allora farà egli prendere la parte inferiore di questa piegatura da un ministro, e colla mano destra, che rimane libera, prenderà il bistorino convesso, ed inciderà questa stessa piegatura, ed indi facendo tenere un labbro della ferita dall' assistente medesimo, e venendo tenuto l' altro dal Cerusico s' ingrandirà la ferita, finchè abbia una grandezza sufficiente, e che sia estesa piuttosto in alto, che in basso, per porre allo scoperto l' annulo, e per evitare l' offesa della tunica vaginale, o del testicolo. In questa incisione de' tegumenti si offendono molte piccole arterie, che sarà ben fatto il legarle sul momento stesso, se per altro il ghiaccio non sia stato l' ultimo rimedio applicato alla parte [illegible] l' operazione, in caso diverso non avve-

ne ordinariamente bisogno. Questo vantaggio prodotto dall' applicazione del ghiaccio sul tumore ernioso prima dell' operazione della bubbonocele, non è il solo, che si ottenga nell' eseguire la medesima, giacchè è ancora incontrastabile in tal caso, secondo l' esperienza, la minor sensibilità della parte, quindi ci sembra, che coll' anzidetto immediato contatto del freddo si potrebbono ottenere simili vantaggi in alcune altre grandi operazioni di Chirurgía.

Incisi i comuni tegumenti, e posto allo scoperto il sacco erniario devesi fare l' incisione del medesimo, lo che dovrà eseguirsi con somma cautela per non offendere le parti sottoposte. Per aprire il sacco si prenderà il tessuto cellulare con una pinzetta, e si solleverà il sacco medesimo, tagliando a lamine una dopo l'altra, fino che siasi pervenuto a scoprire il viscere, che forma l' ernia. In questa occasione è d' uopo adoperare somma cautèla, e servirà di guida la tenta scannellata. Il segno più sicuro per conoscere quando si è penetrato nella cavità del sacco, si è per lo più l' esito di un poco d' acqua, e si sostituisce allora alla tenta scannellata l' indice per terminare la recisione del sacco, giusta la natura stessa dell' ernia. E' quindi necessario di render facile il rientramento delle viscera, che formano la medesima, e questo si ottiene recidendo l' annulo inguinale, o il ligamento del pauparzio, e secondo che l' ernia è inguinale, o crurale. Nell' incisione dell' annulo inguinale si dovrà attendere, che essa non sia molto lunga, altrimenti l'annulo non si riunisce, ed il malato resta soggetto ad ernie molto maggiori, e più pericolose di quella, che ha richiesto l'operazione. Fa di mestieri ancora riguardare, che nel recidere l' annulo non resti tagliato l' omen-

to, o l' intestino sottoposto, a questo fine consigliano alcuni d' introdurre la tenta scannellata con molta attenzione procurando, che fra essa, ed il peritoneo, non vi restasse parte alcuna delle accennate. Sarà però molto più vantaggioso a questo oggetto l' introdurre, invece della sonda scannellata il dito indice, e col medesimo servire di guida al bistorino bottonato. Per quello poi riguarda il taglio vi sarebbe molto pericolo di offendere l' arteria epigastrica, se il medesimo fosse diretto verso la parte esterna, o l' interna, e quindi il miglior metodo si è d' intaccare in più punti nella parte superiore la minor porzione possibile dell' anulo, giacchè le regole date da molti di dirigere il taglio verso la parte interna, o l' esterna poco giova per evitare l' offesa dell' arteria accennata.

Per quello poi, che appartiene all'incisione del ligamento del *Pauparzio* in occasione dell' operazione dell' ernia crurale si deve molto osservare di non offendere il cordone spermatico, e l' arteria epigastrica. In questo caso vagliano parimenti le medesime regole indicate di sopra, cioè a dire, che sarebbe egualmente incerto il tenersi troppo all' infuori, troppo all' indentro, o troppo allo in sù, e quindi la miglior regola si è quella, come si è detto, di fare in più punti nella parte superiore il minor taglio possibile servendosi sempre della guida del dito. In vista di codesti pericoli si è da alcuni proposto il dilatatore invece dell' incisione dell' annulo; ma ciò viene rigettato dai più recenti pratici atteso l' esito incerto di questo metodo, e le conseguenze migliori dell' incisione nel modo suindicato.

Quando poi siasi aperto il sacco, e dilatato l' annulo, o il ligamento del *Pauparzio* si deve pro-

curare di ridurre le viscera, che formano l'ernia, cioè l'intestina, o l'omento. Per ridurre l'intestina si dovrà prima esaminare lo stato delle medesime. Se esse siano cancrenate si dovrà tagliare la porzione affetta lasciando, come diremo in appresso, l'ansa intestinale nella ferita alle forze della natura, con cui raramente si stabilisce un ano artificiale; ma se poi siano soltanto infiammate sarà ben fatto il ridurle al più presto possibile, posciachè il calore dell'addome è il miglior rimedio in codesti casi. Per ridurre l'intestina si porrà attenzione di respingerle a gradi, e senza molta violenza principiando dalle parti, che sono uscite le ultime, e separando colle dita quelle aderenze, che possono talvolta essersi formate. Qualora poi l'omento sia quello, che formi l'ernia stessa, allora dee venire ridotto il medesimo nella suindicata maniera; avvertendo però prima della riduzione, che non vi sia intromessa fra la sua sostanza porzione alcuna d'intestino, giacchè allora devesi usare ogni cautela per farne la separazione, e quindi la respettiva reposizione o quello, che conviene allo stato de' visceri usciti fuori, altrimenti restando l'intestino fra la sostanza dell'omento, potrebbe esser cagione della morte del malato. Questa importante riflessione, la quale può salvare la vita dell'infermo, la dobbiamo al celebre Dottore *Pietro Betti*, che nelle sue giudiziose annotazioni fatte all'opera di *Sprengel* ci riporta un simile caso comunicatogli da *Andrea Vaccà*. Si trova sovente ancora, che il riporre l'omento si rende impossibile, perchè è ricoperto da molto grasso, o perchè ritrovasi tumefatto da infiammazione, o finalmente perchè porzione ne è cancrenata. Nei due primi casi è sufficente lasciare l'omento fra i labbri della ferita, mentre sgonfiando-

si rientra totalmente nel basso ventre, ovvero resta aderente alla medesima, nell' ultimo caso si deve recidere la porzione di omento, che si trova cancrenato. L' unica difficoltà, che potrebbe essere d' impedimento a questo metodo si è l' emorragia; ma questa può impedirsi coll' adoperare la legatura de' vasi di maggior calibro dell' omento, e quindi ritenere la porzione rimasta di esso alla ferita, onde tenerlo fisso alla medesima, e procurarle così un aderenza. La legatura di cotesto viscere raccomandata da alcuni in tutti i suddetti casi, meno quello dell' infiammazione del medesimo, è rigettata dai migliori pratici come inutile, e pericolosa, ed è di gran lunga da preferirsi alla medesima il fissare, come si è detto, la porzione del viscere alla ferita, giacchè la stiratura dello stomaco temuta da molti non ha quelle conseguenze, che si pretendono. Ridotte le viscera devesi medicare il malato: A questo oggetto si porrà sulla ferita una compressa di tela sottile forata in più luoghi, e si pone la medesima procurando, che entri nell' apertura, onde servire di compressione, ed impedire il nuovo prolasso delle suddette. Per rendere più efficace questa compressione si porranno sulla compressa delle fila, e sopra dell' altre compresse, il tutto poi sostenuto dalla fascia a T. Ciò fatto si lascierà il malato nella situazione supina, che deve conservare per i primi giorni.

Il metodo di cura per quello riguarda la ferita, deve essere il medesimo di quello, che abbiamo accennato nelle ferite di questa natura. Riguardo poi la cura interna, sarà necessario, che il malato osservi sul principio una dieta rigorosa, e deve il Professore procurare, che il paziente abbia delle evacuazioni, per lo che si pratichi

dei clistieri, i quali vengono consigliati anche un ora sola dopo l' operazione, oppure si darà qualche leggiero minorativo, purchè non sia irritante, altrimenti si correrebbe pericolo di promovere l' infiammazione delle intestina, alla quale esse sono disposte, e che si deve procurare di evitare per quanto è possibile. Il migliore, che possa in tale corcostanza amministrarsi è quello raccomandato dal celebre *Volpi*, ed è formato di emulsione arabica, olio di ricino, ed estratto di giusquiamo nero. Se si ottiene codesta evacuazione è il segno più favorevole, che si possa avere in tali casi. Se si vedano segni d' infiammazione, si cercherà di combatterli con i metodi adattati.

Qualora poi si tratti dell'intestino cancrenato, il caso si rende molto più complicato, giacchè oltre l'esito incerto dell'operazione, vi è molto da temere dopo di essa, che la cancrena non faccia progressi. Riguardo al ridurre l'intestino cancrenato, mai ciò devesi eseguire, come abbiam detto, poichè se ne sia cancrenata tutta una porzione, si deve tagliare la medesima, e trattare la ferita, come una ferita, che interessi tutta la circonferenza dell' intestino, le porzioni del quale si lasciano fra i labbri della ferita esterna, aggiungendo alle cautele, che abbiamo già indicate parlando delle suture, la legatura di qualche ramo arterioso, che possasi esser tagliato nel separare dal mesenterio la porzione d' intestino cancrenato. Si pongono indi al disopra pezze bagnate nell' acqua di malva, che servono ancora, col cambiarle spesso, a mantenere netta la parte dalle fecci, che continuamente escano dalla piaga. Se poi sia cancrenato solo in parte della circonferenza, s' inciderà la parte cangrenata, e si tratterà nell' egual maniera, che altrove si è

indicato, proseguendo la cura con faldelle di unguento cerato.

Debbonsi usare egualmente queste faldelle dal principio della cura fino al termine della medesima, se l'omento sia il viscere, che esiste fra le labbra della ferita esterna, a cui si deve unire in qualche medicatura sul medesimo il contatto della pietra infernale.

In tutti codesti casi sarà sempre necessario di avere riguardo allo stato del viscere per la cucura interna, giacchè se siasi trovato cancrenato, il tutto si fonda nell'impedire il progresso della cancrena, lo che peraltro non sempre si ottiene, ad onta, che si sia tolta la cagione che l'ha prodotta, e la porzione del viscere, che ne era affetta.

ARTICOLO IV.

Del Cateterismo.

Quella operazione per mezzo della quale si estrae dalla vescica l'orina con l'ajuto di un istromento porta il nome di *Cateterismo*, operazione quanto semplice in apparenza, altrettanto delicata, e difficile sotto alcune circostanze, e che richiede tutta l'attenzione di un pratico, la quale talvolta non è al momento sufficiente per conseguire l'intento, e può far credere l'insufficienza del suddetto.

Sarebbe qui molto lungo il determinare i casi principali, nei quali è indispensabile il cateterismo; ma basterà l'accennare, che questa operazione ha luogo in tutti i casi, in cui si presenti una ritenzione d'orina. Questa può dipendere da mol-

fiammazione di quest' organo, la paralisi del medesimo, molte lesioni del sistema nervoso, alcune malattie veneree, i gonfiori della prostata, ed i ristringimenti dell' uretra sono le cagioni più frequenti della ritenzione d' orina, e nelle quali compete il cateterismo.

Questa operazione si fa con un istromento detto *Sciringa*, o *Catetere*, che consiste in un tubo d' argento col suo stileto, o di gomma elastica, che abbia quasi la stessa curvatura, e lunghezza, che ha l' uretra giusta il diverso sesso, ed età. Nell' estremità in cui questo istromento s' introduce nella vescica è chiuso, ed ha una o due aperture laterali, per le quali possa entrare l'orina tolto che sarà lo stiletto, poichè esse devono restare otturate dalla grossezza del medesimo, fintantochè sia arrivato lo stromento nel cavo della vescica. Qual cosa rende più libero il passaggio dello stromento per l' uretra, non intromettendosi alcuna piega della medesima nell' aperture laterali della sciringa. L' altra estremità di questa è aperta, e molto più larga con due anelli per poterla adoperare, o ancora fissare intorno al pene con una fettuccia, se il caso lo richiegga, onde impedire che esca dall' uretra. Le sciringhe sono di vario diametro secondo l' età del paziente, e la cagione della malattia; ma in genere riescono di facile introduzione quelle di grosso calibro. Esse sono parimenti di varia materia, giacchè se si tratti di esplorare la vescica per riconoscere l'esistenza di una pietra sono preferibili quelle di acciajo solide; se si debba estrarre l' orina dalla vescica si adoperano quelle di argento, se poi debbasi lasciare la sciringa nella vescica dopo estratta l' orina, sia per impedire l'aumento degli ostacoli, o escrescenze dell' uretra, sia per procurare un esito

continuo all' orina, in caso di paralisia di vescica sono d' anteporsi le sciringhe così dette di gomma elastica.

Il metodo per fare il cateterismo è di due specie, il primo di essi consiste nell' introdurre la sciringa essendo il becco della medesima all' ingiù, e l' altro tenendolo verso il basso ventre. Il primo metodo è forse più complicato, e difficile, e si eseguisce nella seguente maniera. Sbarazzato, che sia l' intestino retto per mezzo di un clistere emolliente, si fa coricare il malato sul dorso, elevando le natiche per mezzo di un cuscino, e facendogli semiflettere l' estremità inferiori. Allora il professore situato dalla parte destra del paziente prenderà colla mano sinistra il pene, e stirandolo inferiormente onde impedire, che si formino delle pieghe nella membrana interna dell' uretra. In tal momento prenderà colla mano destra la sciringa, la quale dee essere antecedentemente per poco riscaldata nell' acqua tiepida, ed untata d' olio, o di grasso, tenendo il pollice al di sopra degl' anelli, e l' indice, ed il medio, al disotto dei medesimi, per forma che la curvatura della sciringa resti superiormente, e la concavità inferiormente. In codesta direzione s' introduce il becco della sciringa nell' uretra, e si fa arrivare fino al perineo. Quando si vede, che il medesimo possa esser giunto sotto l' arco del pube, si fa fare un mezzo giro alla sciringa in modo, che l'estremità superiore della medesima cioè quella, che tiene colla destra il Professore venga sull' addome, ed intanto elevando la sciringa si fa passare il becco della medesima sotto l' arco del pube, e s' introdue nella vescica. Questo giro dicesi da *Maestro*, e molte volte non riesce trovandosi difficoltà nel scorrere sotto l'arco del pube, segnatamente

razione in occasione di ristringimento dell' uretra, motivo per cui viene dalla maggior parte dei Professori preferito, meno il caso di elevata tumefazione del basso ventre, o di estesa infiammazione dell' uretra, il metodo di sciringare tenendo lo stromento in senso opposto, vale a dire coll'estremità superiore della sciringa verso l' addome.

Per questa manualità il Cerusico dovrà esser situato dalla parte sinistra del paziente, e prendendo colla mano sinistra il pene sotto il glande procurando di non comprimere l'uretra, tirerà il medesimo verso l' addome; e presa la sciringa nello stesso modo, che abbiamo accennato di sopra, introdurrà parimenti il becco della medesima nell'uretra facendolo giungere fino al perineo, ed allora allontanando l' estremità superiore della sciringa dal basso ventre, farà passare il becco sotto l' ossi del pube, e farà penetrarlo nella vescica stirando il pene sopra la sciringa, e portando questa in una direzione opposta a quella, che avea antecedentemente.

Qualunque dei due metodi venga adoperato non sarà difficile al Professore l' accorgersi, che egli ha ha penetrato nella vescica. I segni principali sono la mancanza di resistenza, i moti più liberi dello stromento, e l' esito delle orine. Quando la sciringa sia realmente penetrata nella vescica si deve togliere lo stiletto dalla medesima per dar esito al fluido, e ciò fatto si lascierà la sciringa nella vescica, si faranno l' injezioni, ovvero si estrarrà, e s' introdurrà nuovamente secondo la cagione per cui si è introdotta. Molte volte accade, che sebbene la sciringa abbia penetrato nella vescica, pure non esce l'orina, perchè restano otturati i forami della sciringa dal sangue, o da altro fluido denso esistente nel viscere; allora se l' introduzione dello stiletto, o delle injezioni tiepide non bastino a

procurar l' esito dell' orina sarà necessario estrarre la sciringa, e dopo ripulita introdurla nuovamente.

La grossezza della sciringa deve venire determinata, come abbiamo detto, dalla natura della malattia. Nel caso di ristringimento dell'uretra si rende molto più difficile l' introduzione della medesima, e l' ostacolo non si supera, che adoperando una certa forza, nella quale per altro è necessario andar molto cauti per non formare delle strade false, che produrrebbero delle infiltrazioni pericolose. Il miglior metodo sarà in questi casi di principiare con delle sciringhe sottili, e crescere a poco a poco il diametro. Se debbasi lasciare la sciringa nella vescica si preferirà, come abbiamo detto, quella di gomma elastica, che si netterà, o muterà secondo le circostanze. Giusta poi le varie malattie, che richiedono il cateterismo si regolerà il Professore sul metodo di fare questa operazione, sugli ajuti, che debbono accompagnarla, sulla scelta dello stromento, e sul tempo, che deve esso tenersi nella vescica.

ARTICOLO VII.

Della Punzione della Vescica.

In molte occasioni non si può colla operazione del cateterismo penetrare nella vescica, perchè non si può introdurre il catetere nella medesima, ed estrarre l' orina. Allora fa di mestieri ricorrere ad un altra operazione, la quale viene comunemente detta *punzione della vescica*. Questa operazione ha luogo principalmente quando dopo replicati tentativi non siasi potuto penetrare colla sciringa nella [illegible] a motivo dell' infiammazione

fiammazione minacci di estendersi alle pareti della vescica stessa, e se sia prodotta dall' irritazione della sciringa introdotta più volte senza alcun frutto. Succedono ancora dei casi, nei quali o per l' imperizia del Cerusico, o per lo stato della vescica, e dell' uretra si siano fatte colla sciringa delle strade false nel tratto dell' uretra medesima, e sia quindi impossibile il ritrovare la vera strada per entrare nella cavità del viscere. In tutti questi casi richiedesi la punzione della vescica, onde dar esito all' orina, particolarmente se la ritenzione della medesima esiste già da molto tempo, e non cede al metodo emolliente, ed antiflogistico.

I metodi adoperati comunemente dai Chirurgi per eseguire la punzione della vescica sono tre, cioè in tre diversi luoghi, vale a dire al perineo, al pube, ed all' intestino retto. Gli stromenti necessarj sono un troicart fornito della sua cannula di varia lunghezza, e retto, o curvo secondo quale si adopererà dei tre metodi, che noi passiamo brevemente a descrivere.

Per eseguire la punzione al perineo si adopera un troicart retto, e piuttosto lungo, che si fa penetrare nel perineo fra la sutura del medesimo, e la tuberosità ischiatica sinistra, facendolo penetrare all' indentro, ed all' insù. Introdotto il troicart nella vescica si toglie lo spillo, ed esce liberamente l' orina per la cannula. A questo istromento si è aggiunta ancora un altra cannula più sottile della prima, la quale è fornita nella sua estremità di più fori, e s' introduce nella medesima potendosi poi estrarre ad arbitrio per ripulirla, e per togliere gli ostacoli, che possono impedire il libero passaggio dell' orina nella prima, senza essere obbligati a praticare un nuovo forame. Questo metodo di operare ha per altro molti inconvenienti, giacchè si ope-

ra senza alcuna guida, e con molta incertezza, ed espone il Cerusico al pericolo di offendere le viscera contenute nella cavità dell' addome, come ancora la prostata, e l' uretra, e quindi è generalmente riprovato da tutti i pratici. Se pure ha esso qualche vantaggio si è quello della declività del luogo, in cui si punge la vescica, e quindi da alcuni si preferisce nei casi di ritenzione d' orina per cagioni di muccosità della vescica. In questi casi per altro per poter esser sicuri di penetrare nell' accennato viscere, cosa molto difficile col metodo, di cui parliamo, si costuma d' incidere antecedentemente il perineo, onde assicurarsi della sua situazione.

La punzione della vescica sopra il pube è d'anteporsi ad ogni altro metodo, come la più comoda, e sicura. Per fare la medesima si adopera un troicart curvo, e lungo circa otto pollici, che si fa penetrare nella vescica anteriormente sopra la simfisi del pube, stando il malato in piedi, o a sedere alla sponda del letto. Ciò eseguito si estrae il punteruolo, e s' introduce nella cannula, una seconda cannula, che abbia l' estremità rotonda con i consueti fori laterali, e questa serve come abbiamo accennato nel metodo precedente, a rendere meno incomodo il contatto della medesima colla vescica, ed a poterla in seguito estrarre all' occasione, lasciando in sito la prima. Dato l' esito all' orina si fisserà la cannula, onde seguiti a dar passaggio alla medesima, e non venga ad infiltrarsi fra la cellulare, ed il peritoneo. Intanto non si lascierà di procurare di ristabilire il corso naturale delle orine, onde poter chiudere il forame fatto, che qualche volta resta fistoloso, se la cannula abbia lungo tempo soggiornato nel medesimo. Alcuni pretendono, che sia

fisi del pube, perchè ivi la vescica sporge più in fuori; ma per altro ritirasi essa dopo vuotata, ed è inallora facile, che la cannula esca dalla medesima.

Il terzo metodo, che abbiamo accennato di fare la punzione della vescica si è quello di praticarla dalla parte dell' intestino retto, metodo da molti preferito perchè la vescica resta ferita in un luogo lontano dal suo collo, ed in un luogo declive, onde si rende facile lo scolo delle orine. Un troicart curvo è l' istromento adattato per questa operazione, e dopo situato il malato supino con le ginocchia piegate, e le coscie divaricate s' introdurrà il dito indice della mano sinistra nell' intestino retto, e sentendo col medesimo il tumore formato dalla vescica ripiena, s' introdurrà sul detto dito il troicart, che si spinge nella vescica, elevandolo nella sua estremità, ed avvertendo d' introdurlo alquanto indietro, e precisamente nel mezzo onde evitare l' offesa delle vescichette seminali. Punta la vescica si da esito all' orina estraendo il troicart dalla cannula, e dopo si fissa questa con un nastro, onde non esca dalla vescica. Questo metodo per altro presenta molti inconvenienti, e particolarmente quello del grande incomodo, che produce l'esistenza continua della cannula nell' intestino retto, motivo per cui è necessario di spesso nettarla, oltre di che resta assai difficile alcune volte l' arrivare col dito al tumore formato dalla vescica, divisatamente in caso d' infiammazione del suo collo, o di gonfiore della prostata ec. quindi ad onta di molti vantaggi, che si trovano nel metodo d' operare per l' intestino retto, si preferisce generalmente la punzione sopra il pube.

Riguardo alla cura di questa operazione qualunque sia il metodo adoperato si dovrà mantenere

in sito la cannula per dar esito all' orina, e si dovrà procurare di ristabilire la strada naturale alle medesime. Quindi facendo uso dei rimedj adattati alla cagione principale della malattia, si tenterà nello stesso tempo d' introdurre la sciringa per l'uretra nella vescica, e se questo sul principio non riesca, si farà uso anticipatamente delle Candelette. Quando poi siasi introdotta la sciringa di gomma elastica, si leverà la cannula procurando che l' orina abbia un scolo sempre libero, altrimenti o il forame non si chiuderebbe, o l'orina s' infiltrerebbe nelle parti vicine al foro fatto.

Trattandosi della punzione della vescica, che ha luogo nei casi, nei quali l' esito dell' orina è assolutamente impedito per le vie naturali, può aver luogo ancora parlar di passaggio dell' operazione così detta della *Bottoniera*. Questa operazione, diversamente eseguita, molto commendata dagli antichi Scrittori di Chirurgia è caduta al presente in tanto discredito dopo l' uso preferibile della punzione della vescica, che non si conosce, che confusamente il metodo, con cui essa veniva prima praticata, quindi noi ci contenteremo di accennarne qui soltanto ciocchè gli appartiene essenzialmente, senza occuparci a darne un esatto dettaglio.

L' operazione detta della Bottoniera consiste in una incisione al perineo, in cui s' introduce una cannula fin nella vescica per dar esito alle orine contenute nella medesima. Il metodo di fare questa operazione si è il seguente. Posto il malato supino colle cosce elevate, ed introdotta una sciringa scannellata nella vescica, si procura, che essa formi una prominenza nel perineo, la di cui cute dovrà essere tenuta tesa da un assistente. Il Professore sulla guida della sciringa farà un taglio

un gorgeret penetrerà nella vescica, dove per via di questo stromento porterà una cannula. La medicatura sarà semplicemente composta di fila, e compresse. Conviene per altro in cotesta operazione riflettere; che, o è possibile l'introdurre nella vescica il catetere scannellato, ed allora potendosi egualmente introdurre una sciringa ordinaria si rende inutile anche la punzione della vescica; non che la bottoniera, o sarà impossibile il portare la sciringa scannellata nella vescica, ed allora si dovrebbe praticare la bottoniera senza alcuna guida, cosa come ognun vede soggetta a mille accidenti pericolosi, e da non praticarsi giammai, moltopiù avendo altro metodo più sicuro, e meno pericoloso, cioè quello della punzione.

ARTICOLO VIII.

Della Litotomia.

Quando il Professore siasi assicurato dell'esistenza della pietra libera nella vescica; tanto dai sintomi, che accompagnano questa malattia; quanto dall'aver riconosciuto la pietra stessa colla sciringa, che è il segno più certo, ed indubitato; sarà necessario passare all'operazione, nulla essendovi da fidarsi sui rimedj così detti *Litontrittici*; dai quali mai si ottiene alcun successo favorevole.

Prima per altro che si eseguisca codesta operazione è indispensabile di porre attenzione allo stato degli ureteri, e dei reni, e quindi creduta necessaria deesi preparare il malato secondo le forze, età, e temperamento. Se il soggetto è bambino gli si dovranno amministrare degli antelmintici, potendo temere dopo l'operazione lo sviluppo de' sintomi verminosi. Se desso è adulto, e pingue si

dovrà fargli prendere qualche purgante, o emetico, e porlo per varj giorni in dieta, quale sarà vegetabile se sia il soggetto molto robusto, e gli si prescriveranno de' bagni tiepidi universali; al contrario in un individuo debole sarà necessario l' uso dei cibi corroboranti, vino, China ec.

I metodi per fare l' operazione detta della *litotomia* si riducono a quattro, e sono il piccolo apparecchio inventato, o almeno descritto per la prima volta da *Celso*, il secondo è il grande apparecchio inventato da *Mariano Santo*, e descritto nel 1522. Il terzo è l' alto apparecchio inventato da *Franco* nel 1560, ed il quarto finalmente, è il taglio laterale inventato da *Fr. Giacomo* nel 1697, e poi corretto da *Raus* e da *Cheselden*, da cui fu pubblicato, e che poi ricevette moltissime variazioni da molti Professori Inglesi, Francesi, ed Italiani. Noi descriveremo brevemente questi metodi fermandoci alquanto sul taglio laterale, come il più usitato, e forse il solo nei casi ordinarj.

Il piccolo apparecchio può essere adattato soltanto per i fanciulli. Per eseguirlo si fa tenere il paziente sulle ginocchia da un assistente, il quale nel tempo stesso, che tiene unite, e ferme le mani, e li piedi, tiene ancora divaricate le coscie. Allora il Professore introducendo un dito nell' ano dirigendolo sulla vescica, procura di spingere la pietra verso il perineo, e tenerla fissa in tal luogo. In questo momento mantenendo distesa col pollice la cute si fà un taglio sulla pietra medesima, e tagliando fino alla vescica senza recidere nè l' uretra, nè la prostata, colla pressione del dito nell' intestino retto, si farà uscire la pietra dalla ferita, adoperando ancora un cucchiajo, che si fa passare dietro la pietra per ispingerla dal di [illegible] in fuori. Questo metodo [illegible]

l' offesa dell' uretra, e della prostata presenta molti inconvenienti, poichè possono venire offese le vescichette seminali, o i condotti ejaculatorj, ed in seguito possono nascere delle infiltrazioni orinose, motivo per cui non riesce, che in pochissimi casi.

Il grande apparecchio fu così detto per la quantità de' stromenti, che vi si richiedono. Essi sono uno sciringone, un litotomo, due conduttori, uno maschio, e l' altro femina, ed in lor vece il gorgeret inventato da *Fabrizio Ildano*, le tanaglie, il bottone, ed il dilatatore. S' introduce in primo luogo nella vescica uno sciringone scannellato, e nello stesso tempo un ministro tiene sollevato lo scroto. Allora il Professore tenendo lo sciringone colla mano sinistra, colla destra forma un' incisione perpendicolare su i tegumenti del perineo, e dopo penetrato nella parte superiore della medesima facendo entrare la punta del litotomo nella scannellatura dello sciringone, si tira questo in avanti, e si fa scorrere il litotomo, quanto è possibile, verso il collo della vescica. In seguito si riconduce l' istromento dal basso in alto, sempre nella scannellatura dello sciringone, e facendolo tener fermo da un ministro fino che colla sua guida s' introduce la linguetta del conduttore maschio, o del gorgeret nella suddetta scannellatura, e quindi si leva lo sciringone, e si fa penetrare la tanaglia nella vescica per estrarre con essa la pietra. Questo metodo per altro è al presente rigettato per i molti inconvenienti, che seco porta, e segnatamente per l' angustia della ferita interna.

L' alto apparecchio si è imaginato per estrarre con maggior facilità le pietre grosse, che richiederebbero una ferita troppo grande. Questo metodo consiste nell' incidere al di sopra del pube

sulla linea alba, e scoprire la vescica, la quale poi viene incisa, e si estrae indi la pietra. Molte correzioni sono state fatte in questo metodo per rendere facile il taglio della vescica. Si è proposto da *Rousset* d'introdurre dell'acqua in essa, onde renderla prominente, d'introdurre uno sciringone, che possa indicare colla sua estremità il luogo da incidere la vescica; finalmente Fra Cosimo ha pensato di servirsi di uno sciringone fornito di uno stiletto, che resta nascosto in esso. Fa egli un taglio al perineo, che penetra fino nella vescica, ed introducendo la sciringa a dardo per questa ferita stessa, spinge lo stiletto contro la parte anteriore della vescica, il quale, essendo scannellato, colla sua concavità serve di guida al bistorino, che incide la vescica.

Il modo per altro da preferirsi agli accennati metodi per eseguire il taglio ipogastico si è il seguente. Rasi i peli sopra la regione del pube, e fattavi una piega trasversale de' tegumenti, s' incide la medesima, e prolungasi l'incisione per tre pollici circa verso l'ombellico, separati quindi i muscoli, vicino alla loro inserzione agli ossi del pube, si porta il sinistro dito indice a contatto della vescica, colla cautela di avere con esso antecedentemente allontanato dalla medesima il peritoneo. In questo momento lo sciringone di becco lungo già deesi trovare in vescica, e se ne fa abbassare il manico fra le coscie del malato, per cui nasce l'inalzamento della medesima, e sentesi col dito dell'Operatore il becco dello sciringone. La presenza di questo, e del dito, fa senza rischio portare al Cerusico colla mano destra un bistorino retto, col tagliente verso il pube, nella vescica, tagliando per modo di permettere al dito indice sinistro [illegible] fattone

coll' apice una specie di oncino, s'impedisce l'esito dell' orina, e l' abbassamento della vescica. Ciò fatto si fa estrarre lo sciringone, e dall'Operatore si dilata la vescica in linea perpendicolare verso il pube, e s' introduce un' oncino ottuso per fare con esso sostenere da un' assistente il fondo del viscere aperto, fintantochè per mezzo del dito indice sinistro introduce il professore la tanaglia nella vescica, e se crede necessario una branca per volta, con cui estrae la pietra. La medicatura dopo l' operazione consiste nel mantenere riunita la ferita esterna coi soliti mezzi altrove indicati, e di procurare il libero esito all' orine per la strada naturale, mercè una grossa sciringa elastica introdotta per l' uretra, che deesi pulire, o cambiare giusta il bisogno.

Il taglio laterale è quel metodo, che ora viene usato quasi da tutti i Professori, e che riesce col miglior successo. Il riferire tutti i processi imaginati per eseguire questo metodo sarebbe non solo troppo lungo, ed inutile; ma eziandio non adattato al sistema propostoci, e basterà quindi di esporre soltanto il migliore fra essi. Il taglio laterale fu eseguito per la prima volta da un' Eremita chiamato *Fra Giacomo*, e poi fu corretto da molti; ma precisamente da *Raus*, *Cheseldcn*, *Fra Cosimo*, ed *HavvKins*. Per eseguire questo taglio si fa situare il paziente sopra una macchina fatta a guisa di leggivo, in modo che resti la testa più elevata, che le natiche. Si legano poi le mani ai calcagni facendo piegare le ginocchia, e si fanno tenere da due assistenti, i quali tengono ferme le gambe appoggiando con una mano le ginocchia al loro petto, e tenendo il piede coll' altra. Un terzo assistente situato nella parte posteriore terrà ferma la testa del malato, e finalmente due assi-

stenti averanno la cura, uno di somministrare al Professore gli stromenti, e l'altro di tenere lo sciringone, mentre il Professore eseguisce il taglio, e desso resterà situato al lato destro del paziente.

Fissati in tal modo il malato, e gli assistenti, il Professore prenderà uno sciringone scannellato, che introdurrà nella vescica, e ne confiderà il manico ad un ministro; allora questo procurando di accostarlo verso il basso ventre, ed inclinarlo alquanto verso l'inguine destro, rende dalla parte opposta prominente la porzione di esso, che resta sotto il perineo. Il Professore assicurandosi bene coll' indice della mano sinistra del luogo preciso dove esiste lo sciringone, tenendo con la destra il litotomo, e distendendo i tegumenti col pollice ed indice della mano sinistra, inciderà i medesimi snlla parte sinistra del rafe obbliquamente circa un pollice al disotto dello scroto, e continuando per la lunghezza di due pollici in circa fino allo spazio, che esiste fra l' ano, e la tuberosità ischiatica. Compiuto questo primo taglio, cioè a dire tagliati gl' integumenti, la cellulare, i i muscoli bulbo, ed ischio-cavernosi, il trasverso, e porzione dell'elevatore dell' ano, si cercherà di ritrovare coll' indice della mano sinistra verso l' angolo superiore della ferita la scannellatura dello sciringone, la quale deve corrispondere al lato sinistro dell' uretra, per evitare l'offesa dell' intestino retto, e facendovi in essa entrare la punta del litotomo, si prende colla mano sinistra lo sciringone tenuto dall' assistente, e s' innalza, facendo penetrare nello stesso tempo il litotomo nella vescica, ed incidendo così la parte laterale sinistra del collo della medesima, e l' apice, e la base del-

del paziente, evitando il bulbo dell'uretra, e l'intestino retto.

Fatto il taglio della vescica si tirerà fuori il litotomo, colla cautela di allontanarne il tagliente, per quanto si può dalla tuberosità dell' ischio, per evitare eziandio l' offesa dell' arteria pudenda profonda, e con la guida dello sciringone s' introdurrà nella ferita l' indice della mano destra unto di olio, per riconoscere il luogo dove esiste la pietra, non che la direzione particolare del corpo della medesima, dopo di che si estrarrà lo sciringone: Allora sullo stesso dito s' introduce la tanaglia chiusa corretta da *Fra Cosimo*, ed alquanto riscaldata nell' olio tiepido, portata essa fino alla pietra, viene questa afferrata in modo, che il maggior diametro della pietra sia paralello alla lunghezza de' cucchiaj dell' istromento, e quindi si estrae. Codesta ultima manualità deve eseguirsi lentamente, e facendo girare la tanaglia ora da una parte, ora dall' altra, o meglio ancora portando ora in alto, ora in basso i manichi della medesima, per renderne l' estrazione più facile, e non contundere le parti della ferita. E' quì d' avvertirsi, che se la pietra rinvienesi nel basso fondo della vescica, sarà da preferirsi la tanaglia curva. Alcuni hanno usato di fare l' operazione in due tempi, facendo cioè prima il taglio, ed aspettando poi qualche giorno a fare l' estrazione; ma questo metodo ha trovato pochi seguaci, e pochissimi sono i casi, nei quali esso venga creduto necessario; anzi è solo il caso in cui convenga, cioè nella pietra insaccata, dovendo aspettare le forze della natura, che ne procuri lo sprigionamento colla suppurazione, seppure non vogliasi tentare col *Kiotomo* di *Dessault* di staccarla dalle sue aderenze.

Riguardo alle pietre di gran volume *Lecat* ha inventato delle tanaglie fornite di denti molto grossi e forti, che siano sufficienti a rompere la pietra stessa; ma ciò oltre l'essere assai difficile, in molti casi è pericolosa pel paziente, potendosi di leggieri offendere la vescica medesima. Quindi fa di mestieri preferire il taglio ipogastrico, il quale sarà ben fatto eseguirlo tosto dopo la prima operazione, se si creda assolutamente necessario, giacchè col taglio laterale si estraggono ancora delle pietre di gran diametro, e se questa estrazione ha un' esito infelice dipende il più delle volte dall' aderenza della pietra, che frequentemente si rincontra in quelle di cui parliamo. Estratta la pietra si deve nuovamente introdurre il dito per esaminare se ne esistono altre, lo che potrà sospettarsi, se si veda che la pietra estratta è levigata, lo che può dipendere dal suo stropicciamento con un altra, o più ancora. Se si ritrovi altra pietra, si dovrà farne l' estrazione collo stesso metodo. Estratte poi tutte le pietre, che si trovano nella vescica, si scioglierà il malato, si porterà nel letto, e sarà bene dargli una bibita calmante.

Il sintoma più incomodo, che possa accompagnare questa operazione si è l' emorragia, che può procedere dall' offesa dell' arteria del bulbo, della trasversale del perineo, o della pudenda interna. Il miglior rimedio in questi casi sarà quello di fare la compressione introducendo per la ferita fino nella vescica una sciringa da donna, in cui debbasi antecedentemente infilare nei fori, che ritrovasi ai lati dell' estremità rotonda dello stromento un filo, al quale si lega un piommacciolo di fila, che deve [illegible] ferita,

e così evitare lo stravaso di sangue nel cavo della medesima, in seguito si pongono degli altri piomaccioli di fila fra le due estremità del filo, che pendono fuori della ferita esterna, con le quali si legano, e si forma in tal modo una stabile compressione ancora all'esterno, cui non si dovrà togliere, che nel settimo, o nell' ottavo giorno. La sciringa introdotta nella vescica serve ancora per dare il passaggio all' orina.

Riguardo alla cura consecutiva dell' operazione poco si richiede. Per quello, che appartiene alla medicatura locale nei casi ordinarj, non se ne richiede alcuna, se non che la situazione adattata. Dopo dieci, o dodici ore si visiterà la ferita per pulirla dal sangue, e dalle orine, e si medicherà in seguito colle semplici fila, se si presenta la suppurazione. Per quello poi riguarda la cura interna si dovrà prevenire l' infiammazione della vescica, e del peritoneo, e questo si otterrà col metodo debilitante, e rigorosa dieta. Se la ferita guarisce per prima intenzione saranno sufficienti due settimane per la perfetta guarigione, ed all' opposto ve ne vorranno quattro, o cinque per conseguire la medesima.

Questo metodo del taglio laterale è quello, che felicemente si è eseguito sopra moltissimi individui dal mio precettore il fu celebre *Giuseppe Flajani*, e generalmente riesce il più comodo, ed è coronato dal miglior successo; per lo che attualmente si pratica eziandio dai suoi successori nell' Arcispedale di Santo Spirito dall' illustri *Giovanni Dellarocca*, e *Felice Sernicoli*, non che dal Professore di Clinica l' espertissimo *Giuseppe Sisco* nell' Arcispedale di S. Giacomo detto degl' Incurabili. Si presceglie egualmente nei casi ordinarj codesto

metodo, facendone il paralello cogl' altri indicati nell' Archiginnasio Romano, ove si fanno le fondamenta di teoria per i giovani studenti di quest' arte salutare dal Ch. Professore *Antonio Trasmondi*. Ad onta di ciò, siccome resta molto difficile in una mano poco esercitata il fare detto taglio senza interessare le parti vicine, la di cui offesa porterebbe delle tristi conseguenze; così sono commendati altri stromenti per compiere il medesimo, onde renderlo più facile, e più sicuro.

Il primo è quello imaginato da *Fra Cosimo* che consiste in un coltello chiamato *Litotomo n scosto*: Questo stromento è simile ad un coltell rinchiuso in una specie di astuccio, dal qua esso esce, e si allontana premendo sopra una mo la. Or siccome questa molla viene a toccare manico, e questo è formato a diverse faccette p o meno elevate, e quindi facendo appoggiare molla dello stromento sopra le medesime, verrà coltello a restare più, o meno distante dal suo se, e perciò il taglio riuscirà di maggiore, o n nore estensione, potendo regolare l' apertura c coltello secondo l' età dell' infermo. L' uso di c desto stromento consiste nell' introdurlo chiuso n la scannellatura dello sciringone, dopo aver ap ta l' uretra con un bistorino. Introdotto il lito mo nascosto nella vescica si apre al grado, che è creduto necessario fino che la molla tocchi manico. ed estraendolo così aperto, si viene a gliare dall' indentro all' infuori.

Il metodo di *HavvcKins* consiste nell' uso un Gorgeret tagliente da un lato. Esso è stato dificato particolarmente nella sua forma dal C liere *Scarpa*; il medesimo si fa entrare nella s nellatura dello sciringone dopo fatto il ta

esteriore, e dopo aperta l'uretra membranosa coll' uretrotomo, tenendo in questo momento il catetere in linea perpendicolare al corpo del malato, e quindi spingendo lo stromento tagliente in linea paralella, più che sia possibile all' estremità orizzontale del catetere, che riguarda la vescica, si fa entrare nella medesima. Esso serve ancora di conduttore per introdurre sul medesimo le tanaglie. Codesto Gorgeret presenta il vantaggio di evitare francamente l'offesa dell' intestino retto, e dei vasi sanguigni.

Nelle donne i calcoli della vescica sono una malattia piuttosto rara, e quindi rendesi in esse meno frequente l'occasione di estrarli. Questo dipende principalmente dalla brevità, e maggior diametro dell' uretra, e dall' essere libera dai corpi cavernosi, e dalla prostata, lo che rende facile l' espulsione dei calcoli dall'uretra stessa. Se la pietra sia di volume tale, che richieda l' operazione, si è proposto di fare la medesima dilatando l' uretra con varj stromenti: per esempio, due porgeret non taglienti, o il dilattativo di *Massotti*. Ma queste violenti dilatazioni espongono all' incontinenza di urina, a cui è molto difficile il rimediare, quindi generalmente si crede d'anteporre alla suddetta, l' incisione dell' uretra; ma dai recenti pratici si preferisce quella della vescica, adoperando il taglio ipogastrico di gia descritto.

L' incisione dell' uretra si pratica introducendo una sonda scannellata nell' uretra, e sopra di essa un bistorino, o un gorgeret tagliente, il quale incida l' uretra nella sua parte superiore, e per l' incisione s' introduce la tanaglia, e si estrae la pietra. Si è proposta ancora da alcuni l' estrazione della pietra per la vagina; ma ciò non può

aver luogo, che nei casi, in cui la pietra ave
corroso la parete di cotesto canale, e si face
strada nel medesimo, altrimenti resta una fist
ordinariamente incurabile.

ARTICOLO IX.

Dell' estrazione de' Calcoli dall' Uretra.

I calcoli, che si formano nella vescica sono al
ne volte così piccoli, che vengono dall' orina s
sa trasportati nell' uretra, ed impediscono il p
saggio dell' orina. In questi casi se le bibite
luenti, ed abbondanti non riescono ad espel
tali calcoli, è indispensabile farne l' estrazio
Se il corpo estraneo resti vicino all' estremità c
uretra, si potrà tentare di estrarlo per mezzo
la pressione, ajutandone nello stesso tempo l'
to con delle injezioni oleose. Ma se questi me
riescono infruttuosi, come sovente accade, al
si rende necessario afferrare il calcolo con uno s
mento adattato. Quando esso esista vicino l' es
mità dell' uretra se ne potrà fare l' estrazione
un pajo di pinzette ordinarie, ed in caso,
esse non siano sufficienti, o il calcolo sia sit
troppo indietro, si sono inventati varj strome
fra i quali sono preferiti un' ansa di argento,
si fa passare dietro il medesimo, e con cui si
ra fuori dall' uretra, o lo stromento di *Hu*
consistente in una cannula della grossezza di
sciringa, entro a cui si trova una pinzetta ela
a tre branche, le quali si discostano fra loro s
gendole fuori dalla cannula. Introdotta essa
uretra [illegible] esiste il calcolo si s

ge fuori la pinzetta, che si viene ad aprire, e lo abbraccia, e spingendo indi in avanti la cannula viene stretto dalla pinzetta in modo, che si può facilmente tirar fuori dall'uretra senza che sfugga.

Se poi ad onta di tutti questi mezzi riesca impossibile l'estrazione dei calcoli dall'uretra, altro rimedio non resta, che l'incisione della medesima. Per praticarla s'inciderà l'uretra sopra il calcolo stesso, avvertendo di distendere bene la cute, onde l'apertura esterna corrisponda esattamente a quella dell'uretra, acciò non succeda un' infiltramento d'orina nella cellulare. Per impedire in seguito il continuo esito delle orine dalla ferita, che la renderebbe fistolosa si deve introdurre nella vescica una sciringa di gomma elastica, la quale dando il passaggio all'orina, impedisce, che questa venga a passare per la ferita. Allora riunendo la ferita coi metodi, ordinarj se ne ottiene in breve tempo la cicatrice.

ARTICOLO X.

Dell' Operazione dell' Idrocele.

Trattando delle malattie principali delle parti genitali virili si è già accennato cosa sia *Idrocele*, ed abbiamo nello stesso tempo riportato i varj rimedj convenienti per procurare la guarigione, ne ci resta altro al presente, che dettagliare il manuale, che deesi praticare per l'operazione, che conviene per la cura sia palliativa, sia radicativa di codesta malattia.

Per la cura palliativa dell'Idrocele si adopera un piccolo troicart ordinario, o anche una lancet-

aver luogo, che nei casi, in cui la pietra aves corroso la parete di cotesto canale; e si faces strada nel medesimo; altrimenti resta una fistc ordinariamente incurabile.

ARTICOLO IX.

Dell' estrazione de' Calcoli dall' Uretra.

I calcoli, che si formano nella vescica sono alc ne volte così piccoli, che vengono dall' orina st sa trasportati nell' uretra, ed impediscono il p saggio dell' orina. In questi casi se le bibite luenti, ed abbondanti non riescono ad espell tali calcoli, è indispensabile farne l' estrazion Se il corpo estraneo resti vicino all' estremità d uretra, si potrà tentare di estrarlo per mezzo d la pressione, ajutandone nello stesso tempo l' e to con delle injezioni oleose. Ma se questi me riescono infruttuosi, come sovente accade, all si rende necessario afferrare il calcolo con uno st mento adattato. Quando esso esista vicino l' est mità dell' uretra se ne potrà fare l' estrazione un pajo di pinzette ordinarie, ed in caso, esse non siano sufficienti, o il calcolo sia situ troppo indietro, si sono inventati varj stromen fra i quali sono preferiti un' ansa di argento, si fa passare dietro il medesimo, e con cui si ra fuori dall' uretra, o lo stromento di *Hu* consistente in una cannula della grossezza di sciringa, entro a cui si trova una pinzetta elas a tre branche, le quali si discostano fra loro sp gendole fuori dalla cannula. Introdotta essa n uretra fino al luogo, dove esiste il calcolo si sp

ge fuori la pinzetta, che si viene ad aprire, e lo abbraccia, e spingendo indi in avanti la cannula viene stretto dalla pinzetta in modo, che si può facilmente tirar fuori dall'uretra senza che sfugga.

Se poi ad onta di tutti questi mezzi riesca impossibile l'estrazione dei calcoli dall'uretra, altro rimedio non resta, che l'incisione della medesima. Per praticarla s'inciderà l'uretra sopra il calcolo stesso, avvertendo di distendere bene la cute, onde l'apertura esterna corrisponda esattamente a quella dell'uretra, acciò non succeda un' infiltramento d'orina nella cellulare. Per impedire in seguito il continuo esito delle orine dalla ferita, che la renderebbe fistolosa si deve introdurre nella vescica una sciringa di gomma elastica, la quale dando il passaggio all'orina, impedisce, che questa venga a passare per la ferita. Allora riunendo la ferita coi metodi, ordinarj se ne ottiene in breve tempo la cicatrice.

ARTICOLO X.

Dell' Operazione dell' Idrocele.

Trattando delle malattie principali delle parti genitali virili si è già accennato cosa sia *Idrocele*, ed abbiamo nello stesso tempo riportato i varj rimedj convenienti per procurare la guarigione, ne ci resta altro al presente, che dettagliare il manuale, che deesi praticare per l'operazione, che conviene per la cura sia palliativa, sia radicativa di codesta malattia.

Per la cura palliativa dell'Idrocele si adopera un piccolo troicart ordinario, o anche una lancet-

ta, se l'acqua sia radunata in piccola quantità Posto il malato a sedere, o meglio ancora in pie di prenda il Cerusico il tumore con la mano sini stra, e comprimendolo procura, che l'acqua si ra duni nella sua parte anteriore, ed inferiore, acci presenti una maggior resistenza allo stromento in cidente. In quello istante prendendo egli il troi cart colla mano destra appoggiando il dito indic sulla cannella, acciò ne entri una porzione soltan to, e non resti offeso il testicolo, l'introduc nel tumore, e levando lo spillo ne siegue l'esit dell'acqua. Dato esito al fluido si toglie la can nula, e si medica la ferita con un pezzo di taffet tà detto d'Inghilterra, o un pezzetto di ceroto adesivo e sopra di esso una compressa, ed il so spensorio.

Sebbene questo metodo non è, che palliativ come si è detto; giacchè col medesimo si ottien solo l'evacuazione del fluido senza che per qu sto resti impedito un nuovo accumulamento de medesimo, ciò non ostante si hanno degli esempj che tale operazione abbia alcune volte prodotta l cura radicativa della malattia, e nella maggior pa te dei casi per mezzo di una infiammazione, suppurazione venuta spontaneamente. Nei bambin anche senza di ciò la semplice puntura produce spes so la guarigione radicativa.

Siccome per altro codesto metodo è il pi delle volte insufficente, e conviene ripeterlo spes so senza produrre alcun vantaggio, nè impedir la recidiva della malattia, così ci troviamo nell necessità d'intraprendere la cura radicativa di es sa, la quale consiste nel procurare una infiamm zione artificiale nella vaginale, onde venga essa a attaccarsi all'albuginea, ed in tal modo resti in

pedita ogni raccolta di acqua fra queste due membrane. I metodi, che si riducono tutti a produrre una irritazione alla parte sono sei, cioè, l'escisione, ossia l'estirpazione del sacco, il caustico, il setone, la tasta, l'injezione, e l'incisione. I primi quattro metodi sono al presente posti presso che in dimenticanza attesi i gravi sintomi, che producono, e quindi ci sembra necessario dettagliare soltanto i due ultimi, ed accennare semplicemente gli altri.

L'estirpazione del sacco consiste nel portar via una porzione di tegumenti, ed indi recidere con le forbici una porzione di vaginale, riempiendo la cavità con delle fila. Per far uso del caustico si applica esso esternamente fino, che formi l'escara, caduta la quale esce il fluido contenuto, e si stabilisce la suppurazione. Per caustico, si servono comunemente della calce viva, della pietra caustica, della pietra infernale ec. Questo metodo sebbene al presente inusitato rendesi tuttavia qualche volta praticabile ne' casi, ne' quali gl'infermi per timidezza ricusano il ferro, e si adattano più facilmente al caustico, il quale abbenchè forse più doloroso spaventa meno il malato. Il Setone inventato a quest'oggetto da *Galeno* è composto di più fila di seta, che si fanno passare per mezzo del troicart crunato immaginato dal *Pott* a questo fine, e dopo se ne annodano insieme le due estremità. Finalmente la tasta consiste in una turunda di fila, che s'introduce in una apertura fatta nel tumore con una lancetta. Ma questi metodi, come si è detto, producono sintomi assai gravi, e quindi si fa uso dei due, che passiamo a descrivere.

L'injezione si pratica facendo l'evacuazione

dell' acqua per mezzo del troicart collo stess
metodo, che si usa per la cura palliativa, dop
di che senza levare la cannula s' injetta per mez
zo di essa con un piccolo sifoncino del vino sem
plice tiepido, o allungato con un poco di acqua
ovvero dello spirito di vino parimenti allungato
come altri preferiscono; e secondo *Gimbernant*
dopo la puntura del troicart, e l' esito de
fluido; s' insuffla dell' aria; e se ne ripet
più volte l' uso, da cui ne riporta egli u
felice successo; come egualmente asserisce *Vol*
pi. Introdotto il fluido si chiude la cannula
e comprimendo leggermente la parte si procura
che il medesimo vada a toccare tutta la superfi
cie della vaginale; lo che si riconoscerà da u
senso più o meno forte di dolore; che prova i
paziente; ed allora si farà escire il suddetto flui
do dalla cannula. Si farà porre il paziente in let
to, e si applicherà sullo scroto un empiastr
emolliente; segnatamente se il dolore sia forte
Dopo poco tempo si manifesta l' infiammazion
prodotta dall' irritazione di quel fluido; che si
sostituito all' acqua; e da essa poi viene prodot
ta l' adesione fra la vaginale, e l' albuginea, l
quale accade molte volte per la semplice infiamma
zione, altre volte poi passa in suppurazione; e
s' ottiene il medesimo effetto. Per quello riguard
il metodo da tenersi per calmare i sintomi, che
sieguono questa operazione, e che di sovente so-
no molto considerabili, si deve porre in opera i
metodo antiflogistico, e ciò secondo il grado,
forza dell' infiammazione, ed il temperamento,
età ec. del paziente; quindi si praticheranno le
fomentazioni, gli emollienti, le bibite, i clistie-
ri, e se la febbre sia violenta, i salassi replicati.

Se l'introduzione del fluido, meno l'insufflazione dell'aria non sia stata bastante a produrre una infiammazione attesa la callosità della vaginale, si dovrà ricorrere ad altra injezione di vino puro, o anche animato con qualche irritante, come allume, spirito di vino ec. Ma se poi ad onta di questi mezzi non si ottenga l'effetto bramato, farà di mestieri ricorrere al metodo seguente cioè all'incisione.

Questo metodo viene da molti scrittori di merito rigettato come pericoloso, ed insufficiente; ma l'esperienza ci dimostra, che esso non produce danni tanto gravi quando sia attentamente diretto il metodo di cura, ed inoltre si rende alcune volte necessario attesa la callosità del sacco, motivo percui viene al presente adottato da molti Pratici. Per praticare l'incisione si tagliano i tegumenti dalla parte superiore dello scroto fino all'inferiore. Ciò eseguito, si osserva subito allo scoperto la vaginale, che s'incide egualmente col bistorino procurando, che la ferita corrisponda a quella degl'integumenti. Aperta la vaginale colla cautela di non offendere il testicolo seguirà immantinente l'esito del fluido, ed indi s'introdurranno delle fila fra essa, e l'albuginea, e altri consigliano dei pezzetti di tela. Si applicherà una lista di ceroto per tenerle in sito, e sopra un leggiero emolliente con le compresse, ed il sospensorio. Dopo poco tempo non manca di sopraggiungere la febbre, ed il dolore, segni dell'infiammazione, che va curata coi metodi già noti. L'apparecchio si rinnoverà giusta il bisogno introducendo sempre minor quantità di fila. La prima volta si aspetterà, che sia stabilita la suppurazione per levarli, seppure la gravezza dei sinto-

mi non obbligasse a farlo antecedentemente. Alcu ne volte la vaginale può essere quasi callosa, e allora sarà adattato un vitto eccitante, non ch un topico stimolante, come il bagno di vino ar matico ec. senza ricorrere alle scarificazioni, alla recisione di porzione della vaginale, o al applicazione di qualche leggiero caustico per po ter produrre l' infiammazione necessaria.

ARTICOLO XI.

Della Castrazione.

Quando il testicolo sia affetto da Sarcocele, da Cancro, che sono di loro natura incurabi li, altro rimedio non presenta l' arte Chirurgica che quello della demolizione del testicolo stesso Questa operazione si rende necessaria per imped re, che la malattia si propaghi pel cordone sper matico, e penetrando fino nel basso ventre produ ca delle malattie, che pongono in pericolo certo d vita il paziente. Deve però a questo proposito be osservare il professore, che il cordone sia realmen te libero, senza però farsi spaventare dal semplic infiltramento del medesimo, come ci avverte *Soem merring*, altrimenti poi inutile sarebbe l' intrapren dere un operazione, che niun vantaggio produr po trebbe all' infermo. Alcuni propongono in simil casi di tirar fuori il cordone, e reciderlo molto all' insù; ma i più recenti pratici sono di opposto sentimento sì per la facilità con cui può soprag giungere un emorragia nel basso ventre; se il cor done viene a ritirarsi, la quale sarebbe mortale come ancora per la difficoltà, che si prova di giun gere fino alla parte sana del cordone, giacchè può

essere affetta una porzione ben lunga del medesimo anzi in questo caso è ugualmente affetto il rene dello stesso lato, ed allora ne resterebbe sempre in parte l' affezione, che rende inutile l' operazione. Non è poi punto contraindicata codesta operazione se esistono eziandio ingorghi, aderenze, o ulceri allo scroto, ancorchè occupino gran porzione del medesimo, e formino un volume straordinario, poichè noi abbiamo degli esempi di felice successo in simili casi.

Qualora dunque, premesse tutte queste considerazioni, crede il professore, che sia indispensabile il ricorrere alla demolizione del testicolo, preparerà la suppellettile necessaria degli stromenti consistente in un bistorino convesso nel tagliente, un uncino, un pajo di forbici, una spatola, doppio filo incerato, ovvero una specie di fettuccina formata dal medesimo, fila, compresse, e fascia adattata. Si pone il paziente supino sopra il letto, e disposti gli assistenti, dopo rasi i peli del pube farà il Professore una piega nei tegumenti un poco sotto l' anello addominale, e tenendo egli colla sinistra l' estremità esterna della medesima, fa sostenere l' interna da un assistente. In quello stante colla destra prendendo il bistorino fa nel mezzo della piega un incisione, che comprende sino la cellulare, e che dall' annulo addominale si estenda fino al basso dello scroto.

Se poi vi siano in questo durezze, ulceri ec. fatto il primo taglio fino al cordone spermatico, se ne fanno due altri semilunari, comprendendo nel mezzo la parte male affetta dello scroto, e quindi si separa il cordone dall' aderenze, che lo circondano. Il professore facendo tenere da un assistente il tumore da demolirsi, tiene la porzione superiore del cordone spermatico, e colla destra

mercè le forbici, ne fa la recisione più in basso, che si può. Allora seguitando a tenere ben bene fra le sue dita la porzione superiore di detto cordone prende subito coll' altra mano, con cui lo ha reciso, l'uncino munito già del filo incerato, e con esso afferra una alla volta l' estremità arteriose, e facendo scorrere da un assistente il filo cerato sopra delle medesime, le fa legare una dopo l' altra: ovvero isolato il cordone spermatico farà la legatura coll' accennata fettuccia di refe incerato, facendo con essa un sol nodo, e procurando di non stringer molto passerà alla recisione del medesimo. Si può ancora in questo caso circondare il cordone anzidetto con una seconda fettuccia in cui si fatto il semplice nodo in distanza di poche linee dalla legatura già eseguita, e servirsene all' occasione. Ciò fatto il professore da nelle mani di un assistente invece dell' estremità dei fili, la porzione rimasta del cordone spermatico, fintantochè egli si applica alla totale separazione del tumore colla dita, o colla spatola, procurando per quanto è possibile, di non adoperare stromento tagliente per non offendere i vasi arteriosi, i quali se restano recisi debbonsi subito legare, altrimenti benchè piccoli, qualche ora dopo l' operazione possono dare molto sangue.

Se sarà benfatta la legatura dell' arterie spermatiche, lasciandosi pian piano dall' assistente la porzione del cordone spermatico, non produrrà alcuna emorragia, ma se ciò accada si dovrà stringere alquanto la seconda legatura di sopra esposta. Si umetta indi bene la ferita con acqua calda, e se trovansi piccole arterie recise si dovranno egualmente legare, in seguito si riuniscono i tegumenti avendo cura tenerli a contatto con delle liste di cerotto con qualche punto di

cata, se siasi asportata porzione dello scroto, applicandovi sopra le fila, compresse, e la fasciatura a T. doppio. Dopo qualche giorno viene a stabilirsi la suppurazione, e si ottiene la cicatrice il più delle volte, senza accidenti, avendo attenzione di tenere il paziente nel sistema di cura adattato al grado dell' infiammazione, e dei sintomi, che potessero sopraggiungere.

I sintomi più pericolosi, che possono aver luogo in codesta operazione, sono l' emorragia, e le convulsioni. Riguardo l' emorragia poco dovrà temersi, poste che siano in pratica le cautele accennate; altri a questo riguardo hanno proposto la compressione fatta o colle fila, o con delle lamine di piombo, ma questi mezzi riescono quasi sempre insufficienti. Quello per altro che può venire in conseguenza della legatura di tutto il cordone spermatico sono le convulsioni prodotte dalla compressione de nervi, e del dotto deferente, e perciò si è imaginato, come abbiam detto, di separare i vasi dai nervi; ma questo riesce molto difficile. Il miglior metodo adunque sarà quello di legare tutto il cordone, e separarlo soltanto con esattezza da tutte le sue adjacenze, e servirsi per legarlo dell' accennata fettuccina stretta, composta di pochi fili di refe cerato, avvertendo di non stringerla troppo; ma soltanto quanto basta per impedire l'emorragia. Alcuni si servono ancora di una piccola striscia di tela, che forse può produrre lo stesso effetto.

ARTICOLO XII.

Dell' Amputazione della Verga.

Nei casi di scirro, o cancro del pene è neces rio ricorrere all' amputazione del medesimo, o una sua parte. Questa operazione non è di alcu difficoltà, ne porta seco cattive conseguenze. F eseguirla si tira la cute, che ricuopre la verga v so l' estremità della medesima, acciò ne riman meno che si può, giacchè i corpi cavernosi do recisi, si ritirano di molto. In quello stante c un bistorino si recide al disopra delle parte n lata. Alcuni consigliano di tagliare prima circol mente la cute, con un secondo taglio poi i co cavernosi, ciocchè può essere in molti casi di qu che vantaggio, e per questo oggetto sarà bene fare prima una legatura circolare, che serva guida. Ciò fatto si dovranno legare le arteri che gettono sangue, e che alle volte sono as numerose. All' oggetto poi di render più facile legature s' introduce nell' uretra un catetere pri dell' operazione, il quale forma un punto d' app gio nell' afferrare l' estremità arteriose, ed affre il grande ritiramento del moncone del pene. F impedire, che nel cicatrizzarsi della ferita n venga a chiudersi l' uretra, s' introdurrà do l' operazione una sciringa di gomma elastica, c servirà ancora per tenere lontane dalla ferita l'o ne più che sia possibile. *Siebale* ha sostituito essa una mezza sciringa fornita di uoa lamina co cava di rame, onde le parti restino meglio di se dall' umido. Se dopo recisa la verga riman l' incomodo di bagnarsi nell' orinare si potrà f [illegible] ricoperta di nelle

ventata a quest' oggetto. Noi non parliamo del metodo di estirpare la verga per mezzo della legatura, giacché oltre l' essere più lungo, è ancora molto più doloroso, e quindi da tutti i Pratici si preferisce giustamente il taglio.

ARTICOLO XIII.

Dell' Operazione del Fimosi, e Parafimosi.

L' oggetto dell' operazione del Fimosi così detto si è quello di dilatare quello stringimento del prepuzio, che costituisce la malattia. Questa operazione consiste nell' incisione del prepuzio, e si pratica nel modo seguente. Posto il paziente a sedere, o sul letto, il Professore prende con una mano la verga, ed introduce una sottile sonda scannellata fra il prepuzio, ed il glande, sulla quale poi si porta il bistorino di stretta lama, facendolo penetrare fino all' unione del prepuzio col glande, allora si fa escire la punta dello stromento tagliente a traverso il prepuzio, e dopo si effettua facilmente il taglio di tutto il medesimo. Alcuni preferiscono d' introdurre il bistorino senza sonda, portandolo dentro orizzontalmente, ed armando la sua punta di una piccola palla di cera; altri poi antepongono al bistorino una forbice; ma il metodo dianzi descritto riesce in pratica più facile, e più sicuro.

Fatto il taglio nel modo accennato si dovrà medicare la ferita, lo che si farà introducendo delle fila nella medesima, per impedirne la riunione. Esse si tengono in sito col mezzo di una compressa, e con una fasciatura, ed indi la medicatura si riduce al metodo ordinario. Alcune volte il Fimosi è accompagnato da callosità, o anche scirrosità dell' orlo del prepuzio, di modo che l' incisione del me-

desimo resta presso che inutile. In questo caso non ci è altro riparo, che ricorrere all' estirpazione di tutto il prepuzio, ossia alla circoncisione, che si fa incidendo prima il prepuzio, come si è accennato di sopra, e poi recidendolo circolarmente colle forbici.

L' operazione della *Parafimosi* consiste nel riportare sul glande il prepuzio, ch' era stato portato all' indietro di esso, come accade nel Parafimosi. Noi abbiamo a suo luogo veduto, che alcune volte per mezzo di medicamenti locali, o astringenti, che impiccoliscono il glande, o emollienti, che rilasciano il prepuzio, si può ottenere il ritorno del medesimo sopra il glande; ma se con questi mezzi non si conseguisce l' intento, è necessario d' incidere l' orlo del prepuzio, che forma lo stringimento, altrimenti potrebbe anche nascere la cancrena del glande. Per operare il Parafimosi si fa uso di un bistorino stretto, e concavo. Allora s' introduce la punta del medesimo sotto la porzione del prepuzio, che resta all' indietro del glande, e alzando la punta dello stromento, si viene a recidere il lembo del prepuzio, che forma lo stringimento. Per rendere più facile l' introduzione del bistorino, e per esporsi meno che si può al pericolo di offendere colla punta di esso i corpi cavernosi sarà benfatto, se è possibile, l' introdurre una sonda scannellata fra il prepuzio, ed i medesimi, e sopra di essa portare il bistorino. Se mai una sola incisione non fosse sufficiente per fare ritornare il prepuzio sul glande, sarà bene farne due, o tre alla distanza di qualche linea l' una dall' altra, e permettere dalle medesime l' esito del sangue per qualche minuto. Dopo di ciò si procura la riduzione del prepuzio, facendo ancora delle scarificazioni, se es[illegible] altro, che gli emollie[illegible]

locali dopo l'incisione, spesso rinnovati saranno eziandio sufficienti, per conseguire in pochi giorni senz'altro manuale la riduzione del prepuzio.

ARTICOLO XIV.

Dell' Operazione della Fistola dell' Ano.

Parlando nel II. Vol. della fistola dell' ano abbiamo noi detto, che spesso il Cerusico si trova nella necessità di aprirla, non essendo sufficienti i metodi di già accennati per procurarne la guarigione. Questa verità, è stata riconosciuta fino dai più antichi Scrittori di Chirurgia, ed *Ippocrate* stesso ha descritto la legatura, che ancora al presente è, come vedremo, uno de'metodi adattati. *Celso*, e *Galeno* hanno proposto l'incisione, e gli Arabi sono stati del medesimo sentimento. I più recenti Scrittori hanno egualmente proposto l'incisione, ma con varie modificazioni, che noi non esporremo, attenendoci al metodo soltanto approvato dai migliori Pratici.

Non è necessario quì ripetere le cagioni, o le distinzioni della fistola dell' ano avendone già parlato a suo luogo; è dunque solo quì nostro obbligo di descrivere il manuale, che si richiede per la cura radicativa della medesima, purchè essa non sia sintoma di una malattia universale. Non ci sembra per altro inutile avvertire, che alcune volte una fistola dell' ano inveterata ha prodotto lo sputo di pus, per essersi questo assorbito dalla medesima; ma ancora bentosto essersi dissipato dopo la guarigione della fistola, mercè l'operazione. I metodi, che si descrivono per operare la fistola sono sei, cioè l'injezione, la compressione, l'estir-

pazione, il caustico, la legatura, e l' incisione. Di questi, i primi tre sono al presente affatto abbandonati, e si fa soltanto uso degli altri. L' oggetto particolare dell' operazione della fistola si è il procurare l' obliterazione del seno fistoloso, e questo può ottenersi con il metodo del caustico, o della legatura, o coll' incisione, separando tutto quello, che esiste fra le due estremità della fistola medesima. Tralasciando adunque la descrizione dei primi tre metodi al presente inusitati, per non allontanarci dal sistema compendioso, che ci siamo proposti, passiamo ad indicare i seguenti.

Il metodo del caustico, che è il primo, di cui facciamo parola, consiste nell'applicazione sulla fistola di un ferro rovente, o di un escarotico; ma precisamente sul tramezzo delle due estremità della fistola, onde venga prodotta una escara accompagnata da infiammazione, e quindi dalla suppurazione, la quale distrugga il medesimo tramezzo, e ne procuri perciò la cicatrizzazione. I caustici per altro, di cui si deve far uso in questo metodo, non sono adattati a produrre il loro effetto, se non siano applicati replicate volte; di modo che tal metodo riesce molto lungo, e doloroso. Oltre di ciò dobbiamo riflettere, che l' uso del caustico non è sufficiente a produrre la cicatrice, che nelle fistole superficiali, o poco profonde; ma è affatto inutile in quelle, le quali penetrano molto indentro, e che comunicano coll' intestino retto; laonde il caustico è presentemente poco adoperato nella cura della fistola dell' ano. I metodi quindi più al presente usati sono la legatura, e l' incisione.

Varie sono le opinioni dei moderni pratici sulla scelta di uno di questi due metodi: per altro sembra, che il secondo meriti la preferenza sull' altro

venendo poi esclusivamente ne' casi di fistole complicate da molti seni. All'opposto peraltro la legatura conviene alle persone deboli, o esposte a cagioni debilitanti, a quelle timorose ad esporsi al taglio ec. e quindi abbenchè in genere da tutti i pratici più accreditati venga preferita l'incisione, non è però, che in alcuni casi non venga ammessa anche la legatura, che anzi da molti non solo vengono queste due operazioni praticate vicendevolmente, e giusta le circostanze; ma si hanno eziandio degli esempi, che siano state ambedue poste in opera nello stesso tempo sullo stesso soggetto con esito felice.

Per praticare la legatura di una fistola dell'ano si farà situare il malato sul letto coricato sopra il lato corrispondente alla medesima, la coscia opposta piegata, mentre che l' altra è distesa, s' introdurrà nella fistola un filo di piombo, che si fa passare fino nell' intestino retto, ed introducendo poi l' indice nel medesimo intestino, si porta fuori di esso il filo di piombo. Allora si riuniscono insieme le due estremità del filo, e torcendolo si viene a stringere la porzione intermedia alquanto callosa della fistola, che viene abbracciata dal medesimo. L' irritazione del corpo estraneo vi produce la suppurazione, e stringendolo continuamente, si viene a poco a poco a diminuire il tramezzo anzidetto, che forma la fistola, fino che si recide del tutto; la suppurazione stabilita cagiona l' adesione delle parti, e la guarigione della malattia. Se per altro, come quasi sempre accade, resta difficile, e dolorosa la separazione dell' ultima porzione formata dai soli tegumenti, sarà benfatto reciderla col ferro tagliente. In questo stato non rimane ordinariamente, che una piccola piaga superficiale, che si

medica col metodo ordinario, essendo le parti profonde già riunite.

Codesto metodo essendosi trovato utile in alcuni casi ha ricevuto varie correzioni, che consistono principalmente nella diversità del filo, e nella maniera d' introdurlo. Il filo di piombo resta molto doloroso, e quindi si è pensato di sostituire al medesimo un filo di refe, o di seta incerato. Per render poi più facile l' introduzione di questi cordoncini, si sono inventati varj metodi; ma quello comunemente preferito si è il metodo di *Dessault*. Questo Professore adoperava una cannula, ed una specie di pinzetta. Introdotta la cannula nella fistola sopra uno specillo, s' introduce la pinzetta nell' intestino retto, con cui si afferra, e si tira fuori dall' ano il filo, che ivi si è già fatto giungere per mezzo dell' anzidetta cannula, la quale in seguito si leva via. Se la fistola era soltanto esterna, introduceva egli prima del filo un troicart nella cannula per renderla completa. Se la fistola non sia molto alta non è necessaria la pinzetta; ma si prenderà facilmente il filo dall' ano, o introducendo una sonda crunata flessibile, o facendo escire la cannula stessa per l' ano, tirandola alquanto infuori.

L' incisione poi è il metodo generalmente preferito per la cura della fistola dell' ano, tagliando tutto lo spazio esistente fra la fistola, e l' intestino. Sono stati inventati moltissimi stromenti per rendere facile questo taglio, molti de' quali per altro non hanno fatto, che rendere più complicata una operazione per se stessa molto semplice. Noi non istaremo quì ad esporre tutti questi diversi metodi, sì perchè ci porterebbe troppo a lungo, sì perchè sono al presente affatto abbandonati. Gli stro

cucchiaja di ebano detta comunemente Gorgeret; delle fila, compresse, ed una fascia formano il rimanente dell' apparecchio.

Situato il paziente nel modo, che abbiamo accennato per la legatura, il Professore farà penetrare nell' intestino retto il conduttore di legno, indi introdurrà la sonda scannellata nell' apertura fistolosa, portandola fino a ridosso dell' estremità del conduttore, o gorgeret introdotto nell' intestino, o accostando le pareti di questo all' anzidetto gorgeret, se manca il foro nell' intestino medesimo, ed in tal guisa formerà in questa parte con ambedue gli stromenti un angolo acuto. Allora sulla sonda porterà il bistorino stretto, e lungo, che farà scorrere fino all' estremità della medesima, che si unisce al gorgeret; e questo senza disunirlo dalla sonda, deesi estrarre, dopo che siasi eseguito il taglio.

Questo metodo oltre che rende sicura la recisione di tutto lo spazio intermedio della fistola, serve ancora di resistenza alla punta del bistorino per renderla completa, se mai essa fosse così detta cieca esterna. Riescirà eziandio molto utile per le fistole assai alte, nelle quali senza l' ajuto del conduttore non si potrebbe giungere fino all' estremità, abbenchè in questo caso *Monteggia* preferisca la legatura fatta con il filo di piombo. Alcune volte accade, che l' intestino sia vastamente denudato al di sopra della fistola, ed allora si reciderà con un pajo di forbici: altrimenti essendo la denudazione ristretta, non avvi bisogno di eseguire questa recisione secondo il consiglio di *Monteggia*, e *Betti*. Se esistano molti seni insieme è necessario spaccarli tutti, e formarne una sola cavità.

Eseguito il taglio, si passerà alla medicatura, da cui dipende l' esito della cura. Si deve a quest' oggetto introdurre fino al fondo della ferita uno stuello di fila spalmato di unguento di rose, per irritare colla sua presenza la superficie della medesima, e produrre la necessaria infiammazione, e suppurazione. Questa medicatura si sostiene colla compressa, e colla fasciatura adattata. Se l'emorragia obbligasse il Professore a prendervi riparo, s' introdurranno delle stuelle di fila più solide, e si manterranno in sito coll'adattata compressione. Egli è talvolta necessario di medicare spesso la ferita a motivo dell' evacuazione delle fecce, che la medicatura impedisce. Nelle medicature successive si anderanno a poco a poco introducendo sempre meno le fila, onde non opporsi alla riunione delle parti. Con questo metodo la piaga diviene a gradi superficiale, e se ne ottiene alla fine la cicatrice.

ARTICOLO XV.

Dell' Operazione dell' Ano Imperforato.

Uno de'vizi di conformazione, che osservasi alcun volte nei Bambini si è quello dell'imperforazione dell ano, difetto, a cui si può qualche volta rimediare pe mezzo dell' operazione. Tre casi debbonsi distin guere a questo proposito, il primo cioè dell' im perforazione dell' ano prodotta da una membrana che chiude l' estremità dell' intestino, ancorchè al le volte sia l' orificio esterno del medesimo nell stato naturale; il secondo dell' obliterazione di un porzione dell' intestino stesso; il terzo finalment della sua mancanza totale. Egli è chiaro, che s

incerto nel secondo, ed infelice affatto nel terzo caso, in cui rendendosi inutile l' operazione potrassi ricorrere ad altri mezzi.

Nel primo caso sarà sufficiente un semplice taglio, che si praticherà nella seguente maniera. Situato il Bambino boccone sulle ginocchia di un Assistente, e sentendo col dito l' estremità del coccige si fa al disotto di essa penetrare un troicart, il quale arrivato nell' intestino retto, si osserverà subito l' esito del meconio. Siccome il foro fatto dal troicart rimane molto piccolo, e con difficoltà si mantiene aperto, sarà bene di premettere una piccola incisione crociforme fatta con una lancetta, o con un bistorino, e questa sola può essere ancora sufficiente a formare l' ano artificiale. La medicatura consiste nel mantenere aperto il forame fatto, lo che si otterrà introducendo in esso una turunda spalmata di unguento cerato, che si anderà mutando spesso, e si potranno ancora spalmare col medesimo i contorni della ferita.

Più complicato è il caso dell' obbliterazione di un qualche tratto d' intestino retto. Ordinariamente allora il luogo, dove resta l'ano è ripieno di cellulare, a traverso la quale è difficile il ritrovare l' intestino anzidetto. In questi casi dopo fatta l' incisione crociale de' tegumenti, si potrà tentare col troicart, o col bistorino stesso di penetrare nell' intestino, lo che se sarà abbastanza fortunato il Professore di ottenere, si riconoscerà subito dall' esito del meconio, e non si tratterà allora altro, che di mantenere il forame aperto collo stesso metodo, che abbiamo accennato di sopra. Se per altro questo non riesce, sarà forse meglio abbandonare il paziente, che esporlo ai tentativi replicati, i quali si rendono dolorosi, ed inutili.

Quando poi manchi totalmente porzione d' intestino retto, o sia ristrettissimo per un tratto ben lungo, i mezzi sopraccennati sono affatto inutili; ed allora si dovrà abbandonare il paziente. Alcuni hanno proposto di formare l'ano artificiale alla regione iliaca sinistra; aprendo in detta parte, ritirandovi fuori il colon; tagliandolo, e fissandone le due estremità all' apertura esterna. Questa operazione proposta da *Littre* è stata raccomandata ancora nel caso di sopra esposto, vale a dire nell' obliterazione di una porzione d' intestino; ma oltre il pericolo, che seco porta una tale operazione, l'incomodo disgustevole, che l' accompagna per tutta la vita, la rendono poco praticabile.

L' imperforazione dell' ano è sovente accompagnata dall' apertura dell' intestino retto nella vagina, o nelle vie orinarie. Nel primo caso l'evacuazione delle fecce, per la vagina si rende molto facile, e più facile resta anche l' operazione giacchè dopo aperto l' intestino retto, si richiude con più facilità il forame corrispondente della vagina, potendosi portare una compressione nella medesima; ma se l' intestino corrisponde nella vescica, o nell'uretra, oltre la difficoltà, e il danno che arrecano le fecce a passare per dette parti, resta impossibile il procurare, dopo aperto l'intestino, di chiudere il forame della vescica, che conviene lasciar alla natura, la quale per altro alcune volte non lascia di operare la cicatrice, attesa l' esilità del medesimo.

CAPO V.

DELLE OPERAZIONI, CHE SI PRATICANO SULL' ESTREMITA'.

ARTICOLO I.

Dell' Operazione dell' Aneurisma.

Quando la compressione non sia mezzo sufficiente per produrre la cura radicativa dell'Aneurisma, o perchè esso sia troppo vasto, ed inveterato, perchè l' arteria sia d' un calibro troppo grande, o perchè il luogo dove esiste l' aneurisma non ammetta un tal metodo, o perchè finalmente produca esso troppo dolore, e formi delle replicate escare cancrenose; siamo necessitati a ricorrere all' altro metodo, che è quello dell' allacciatura. Questo sebbene più doloroso, e più difficile a porsi in pratica dell' altro, ciò non pertanto è il più sicuro, ed è quello, che costituisce propriamente *l' operazione dell' aneurisma* così detta. E' quì d'avvertirsi, che codesto metodo dell' allacciatura non ha luogo negli aneurismi dell' arteria temporale, occipitale, e palatina, essendo nei medesimi sufficiente per la cura radicativa la compressione, la quale però nell' aneurisma dell' anzidetta arteria palatina deesi eseguire, dopo che si è aperto col ferro il tumore aneurismatico.

Dobbiamo noi trattandosi di allacciatura di un' arteria esaminare attentamente lo stato dell' Aneurisma, la sua specie, ed il sito, ed adattarvi il metodo più conveniente per l' operazione. Se il volume dell' aneurisma sia piccolo, se esso sia spurio con piccolo stravaso nella cellulare, si po-

trà praticare il metodo ordinario, di fare cioè, due legature una sopra, e l' altra sotto la dilatazione, o apertura dell' arteria. Nei casi opposti si potrà adottare il metodo di *Anel* detto di *Hunter* di allacciare cioè l' arteria molto al di sopra dell' aneurisma stesso. In genere va il metodo adattato non solo allo stato, e alla specie dell' aneurisma; ma ancora al sito, che occupa; giacchè un' aneurisma della Carotide operabile, cioè che esista nella parte superiore del collo, dovrà egualmente operarsi col metodo di *Hunter* abbenchè sia piccolo, recente ec. non essendo possibile eseguire in codest' arteria l' altro detto ordinario.

L' Operazione dell' aneurisma, si pratica più frequentemente nell' aneurisma bracchiale nato per lo più in conseguenza dell' offese della detta arteria in occasione di salasso, e nell' aneurisma del Poplite. Noi descriveremo in primo luogo in generale i metodi di operare l' aneurisma, ed indi passeremo soltanto ad adattarli alle due diverse specie d' aneurisma accennate, potendo facilmente essere i medesimi adattabili agli aneurismi più rari ad accadere, come per esempio nell' arterie crurale, iliaca posteriore, iliaca anteriore, assillare, carotide ec. nei quali leggiamo degli esempj di essere stati i suddetti metodi felicemente praticati.

Per operare un aneurisma il metodo ordinario si è quello di aprire il sacco aneurismatico, e di legare l' arteria al di sopra, e al disotto del tumore. A quest' oggetto si fa sul tumore stesso aneurismatico un' incisione longitudinale proporzionata alla lunghezza del medesimo. Si vuota il sacco aneurismatico dai grumi di sangue, e si separa dalle parti vicine l' arteria, dopo essersi di già resi padroni del corso del sangue per mezo di un

tourniquet, o di altro mezzo applicato sull'arteria al di sopra dell'aneurisma. Ciò fatto si passano due fila composte di tre fili di refe incerato al di sopra dell'apertura, o dilatazione dell'arteria, e due parimenti nella porzione inferiore; e si stringe una delle legature superiori, ed una delle inferiori, e si tengono le altre di riserva in caso, che le prime si strappassero, o venissero a consumarsi. Eseguito il descritto, si medica la ferita, lasciando le fila fuori della medesima, onde esserne padroni in qualunque caso di emorragia, la quale difficilmente comparirà eseguendo il metodo, che in appresso esporremo.

La medicatura della ferita consiste nel metodo ordinario, e con la suppurazione cadono le fila circa il ventesimo giorno, restando obliterata l'arteria per qualche estensione dal punto, ove esisteva la prima legatura. Il sintoma il più pericoloso in questo metodo si è la mancanza della circolazione, che minaccia la cancrena della parte; se realmente questa abbia luogo, non ci è altro riparo, che ricorrere all'amputazione, la quale anzi in alcuni casi fu da qualche pratico consigliata, anche prima di tentare l'allacciatura. Per altro non devesi il Professore spaventare, se vede dopo l'operazione, ed anche pei primi giorni la parte priva di calore, e di sensibilità, e minacciante cancrena; giacchè varj sintomi possono ancora svanire sotto l'uso del calore applicato localmente, e continuato per qualche tempo, dipendendo questo dalla mancanza del passaggio della quantità di sangue necessario per l'arterie collaterali, le quali poi a poco a poco vanno a dar luogo ad una quantità sufficiente del medesimo.

Il secondo metodo è quello detto di *Hunter*, il quale consiste, nell'eseguire l'allacciatura, non al

luogo dell' aneurisma stesso; ma bensì molto al d
sopra di esso, e molto distante dal medesimo
onde l' effetto di essa sia quello d' impedire, ch
il sangue si porti al tumore aneurismatico con l
forza ordinaria; così si lega, per esempio, l' ar-
teria femorale nell' aneurisma dell' arteria poplitea;
e l' arteria omerale nell' aneurisma dell' arteria
bracchiale. Questo metodo si crede più adottabile
dell' altro offrendo molti vantaggi a preferenza de
primo. Si stima pertanto essere molto più facile
il legare un arteria in istato sano, ed in un punto
ad arbitrio del Professore, di quello che legarla
nel luogo medesimo dell' aneurisma, dove attesa
la dilatazione dell' arteria stessa lo stravaso del
sangue, e la variazione, che offrono le parti vici-
ne, resta essa molto difficile a distinguersi, e se-
pararsi, onde farne la legatura. In questo meto-
do la ferita, che dee farsi è molto più piccola
che quella, che si richiede per porre allo scoper
to il sacco aneurismale; la piaga che ne risult
è molto più superficiale, la lacerazione è nulla
e la suppurazione molto minore, atteso che l
parti sono sane, e si da minor accesso all' aria
Quantunque siansi voluti trovare molti inconve
nienti a questo metodo, cioè quello di render
inutili le arterie laterali situate al di sotto dell
legatura, quello di non far svanire affatto il tu
more, quello dei vasi collaterali, che versano
sangue nel medesimo, e possono riprodurre l
malattia, quello di rendere più difficile a passar
i fili sotto l' arteria, non essendo essa aperta; pu
re è il metodo da molti adottato, presentando se
condo loro, molti vantaggj al di sopra del me
todo antico; ma noi siamo di sentimento, ch
non debbasi generalmente a questo preferire.

Un terzo metodo possiamo chiamare quello di *Maunoir di Ginevra* già proposto antecedentemenda *Orazio Murraj*. Esso avea osservato, che nell' operazione dell' aneurisma, uno dei sintomi, che la rendeva sovente inutile si è l'emorragia, la quale nasce alcuni giorni dopo allacciata l' arteria, e che essendo sovente irreparabile, porta seco la morte del paziente. Questa emorragia si crede dipendere dalla lacerazione dell'arteria, prodotta dalla retrazione del vaso, o contrazione delle fibre longitudinali del medesimo, in cui viene causata da una certa irritazione per il ristringimento, che formano i fili intorno all' arteria. Per impedire codesta emorragia, gli accennati Professori propongono di recidere l' arteria stessa nel mezzo fra le due legature, e così sebbene queste producano dell' irritazione, e contrazione in essa, pure non verrassi a cagionare l' anzidetto spaventevole avvenimento; ed assicurano, che al cadere dei fili si trovano obbliterate le due estremità dell' arteria. I medesimi dicono di aver posto spesso in opera questo metodo con esito felice.

Esposti i tre metodi principali adoperati per l' allacciatura delle arterie, passiamo ora a farne l' applicazione alle due principali specie di aneurisma, il bracchiale cioè, ed il popliteo. Per fare l' operazione dell'aneurisma bracchiale, si dovrà situare l' infermo sul letto orizzontalmente sulla sponda di esso, per guisa che il Professore possa operare liberamente sul braccio affetto. Avrà egli antecedentemente disposto l' apparecchio consistente in un tourniquet, un bistorino retto, una spatola, tre, o quattro aghi curvi, non taglienti, e crunati in punta, nei quali sia infilato del refe incerato, formato a guisa di cordoncino piat-

to, una tenta scannellata, una sciringa da donn
delle fila, compresse, e fascie adattate. Il prin
oggetto del Professore dev' esser quello d' impedi
il corso del sangue verso l' aneurisma, e quin
dovrà egli primieramente adattare il tourniqu
nel braccio, vicino all' ascella, onde resti co
pressa l' arteria bracchiale. Un'Assistente avrà
custodia questo stromento per allentarlo, e stri
gerlo secondo il bisogno. Questo medesimo As
stente potrà tener fermo il braccio, mentre al
terranno ferma la mano, e l' antibraccio. Ben
tuato l' infermo, ed applicato il tourniquet, dov
il Professore mettere allo scoperto l' arteria fe
ta, o l' aneurisma. A quest' oggetto farà col
storino un' incisione sopra il tumore, che sa
più lungo del medesimo due pollici circa; e
nuti divaricati i labbri della ferita, dopo ave
asciugato l' interno della medesima dal sangue,
aprirà coll' anzidetto stromento il tumore aneu
smatico, ed indi s' introdurrà il dito indice si
stro nel medesimo, colla guida di cui si apre t
to il tumore. Ciò fatto, si pulisce esattamer
con una spugna dai grumi di sangue, e si disti
gue con facilità la parete opposta dell' arte
tagliata, la quale, se si crede necessario, si re
derà immediatamente. Ciò eseguito, s' introduce
tenta, o la sciringa da donna, nell' apertura
periore del vaso, e si da nelle mani di un' as
stente. Ora si prende dal Professore coll' indic
e pollice della mano sinistra il vaso medesim
entro cui ci è lo stromento, e si separa per qu
to è possibile dall' aderenze colle parti vicin
segnatamente coi nervi; e colla destra l' ago n
nito del filo, la punta del quale si fa scorr
sull' unghia del dito indice, e quindi si circon

collo stromento il detto vaso, e poca cellulare, facendolo passare dal lato opposto di questo. Ritirato l' ago, e lasciato il filo, che ha circondato il vaso, si leva la tenta, e si osserva se è stato ben situato il filo. S' introduce nuovamente la tenta nel vaso, e si porta nella stessa maniera indicata un secondo filo doppio alla distanza di sei linee circa dal primo; ma in maggior profondità di questo, che dovrà formare la legatura di aspettativa. Adempito ciò, si leva nuovamente la tenta, e si fa la legatura del primo filo con semplice nodo, sopra di cui se ne forma un secondo, dopo che si è il Professore, accertato, essere benfatto il primo, senza interporvi tra il filo, ed il vaso alcun corpo, come da qualcuno si consiglia. Nella medesima maniera si passa una doppia legatura nella parte inferiore del vaso, facendovi soltanto una sola allacciatura, lasciandone una di riserva.

Siccome è egualmente necessario di legare l'arteria sì al di sopra, come al di sotto della sua apertura, nel caso di aneurisma spurio, ch' è il più frequente nell' arteria bracchiale, così dovrassi riconoscere attentamente il luogo, dove l' arteria stessa è aperta. A questo fine dopo il primo taglio farà il Professore slentare un poco il torcolare, e dall' esito del sangue riconoscerà facilmente il luogo, dove l' arteria è lesa. Allora si prenderanno gli aghi preparati, e muniti di filo incerato, che si passano coll' esposta cautela sotto l' arteria, prima al di sopra dell' apertura di essa, e dopo al di sotto.

Legato, che sia il filo superiore in qualunque degl' accennati casi si consiglia da alcuni di slentare nuovamente il tornichetto, per osservare se esce il sangue dall' apertura dell' arteria, giacchè questo

allora sarebbe segno, che il sangue vie ne portato alle parti inferiori dell' arteria sottoposta alla legatura, per mezzo delle arterie collaterali. Per altro potendo questa emorragia dipendere ancora dall'essere stata poco stretta la legatura superiore, potrà essere questo segno assai equivoco, e quindi sarà meglio il differire di far sospendere la compressione, dopo avere stretta nella suddetta maniera la legatura inferiore, poichè se mai allora esce il sangue dall' arteria, sarà indizio sicuro, che le legature non sono bastantemente strette, e quindi si dovranno stringere nuovamente; prima di applicare l' apparecchio. Noi per altro abbiamo già indicato, che il Professore debba prima di eseguire il secondo nodo in ogni allacciatura, esser sicuro della sufficiente strettura del primo.

Assicurato il Cerusico, che le legature sono strette abbastanza, dovrà medicare la ferita. A quest' oggetto si ricoprirà la medesima di fila, che si manterranno in sito con delle compresse, ed una fasciatura, il braccio si farà restare in situazione comoda, e piegato, e si farà uso dei mezzi, che abbiamo già indicati per ottenerne una buona suppurazione. Stabilita questa, e cadute le fila si potrà levare il tourniquet, e la piaga verrà ridotta a piaga semplice, che dopo tre, o quattro settimane cicatrizza, se non si presentano dei sintomi particolari, e segnatamente l' emorragia.

Qualora si creda di operare quest' Aneurisma col metodo di *Hunter*, si farà l' allacciatura dell' arteria bracchiale nella metà del braccio, avvertendo di separarla dal nervo mediano, che scorre nella sua parte interna.

L' allacciatura dell' arteria in occasione di aneurisma del poplite, è l' altra operazione di questo

genere, che trovasi il Cerusico obbligato di praticare. Riguardo a questa operazione dobbiamo per altro avvertire, che spesse volte è la medesima seguita da esito funesto, non per parte dell'operazione stessa, la quale non sia stata praticata secondo le regole dell'arte, ed abbia ottenuto realmente il suo effetto; ma bensì per il disordine, in cui trovansi le parti sottoposte. Nei casi di aneurisma inveterate, le quali restino situate sopra un'osso, si osserva frequentemente, che la pulsazione del tumore aneurismatico, produce a poco, a poco un disordine tale nelle ossa, su cui poggia, che esse vengono attaccate dalla carie. Questo si rinviene di sovente nel caso di aneurisma del poplite, ed allora, come ognun'vede, si rende inutile qualunque operazione, dovendo il malato dopo la medesima, necessariamente soccombere alla carie dell'osso. Se si arrivi in tempo non vi sarà altro scampo, che quello di ricorrere all'amputazione, anzi da alcuni si sostiene, che sia migliore scelta il preferire la medesima fin dal principio, all'allacciatura, che rare volte è seguita da esito felice.

Stabilito poi, che avrà il Professore di fare l'allacciatura dell'arteria poplitea col metodo ordinario, si farà situare l'infermo a boccone, e posti i ministri in modo, che resti fermo l'articolo, si adatterà il tourniquet, onde impedire il corso del sangue nell'arteria. Il Cerusico situato a sinistra del malato inciderà longitudinalmente sul tumore aneurismatico, e dopo aver penetrato nel medesimo, darà esito al sangue contenuto, e pulirà la cavità stessa dai grumi di sangue. Ciò eseguito, si passerà alla legatura dell'arteria, facendo piegare alquanto l'articolo; e sollevando la medesima, si faranno passare i fili al di sotto nel modo sopra indicato, e si farà in egual maniera la legatura,

continuando poi la cura fino alla totale guarigi
ne. Per altro questo metodo è per lo più accom
pagnato da gravi inconvenienti, e segnatamen
da quelli di allacciare l' arteria stessa, che
molto malagevole il porre allo scoperto, ed isol
la dalle parti vicine, particolarmente dal ner
ischiatico, se la situazione dell' aneurisma è
quanto in basso, e quando il volume del tumo
aneurismatico sia molto considerabile. Oltre di qu
sto, la suppurazione è spesso così abbondante at
sa la grandezza necessaria dell' apertura, che pr
duce sovente dei danni notabili, e particolarmen
la carie dell' osso, a cui questo si trova, come
è detto, il più delle volte disposto. Tali rifless
ni hanno determinato alcuni Pratici a preferire ezi
dio in qualunque specie di codest'aneurisma recent
che esiga l'operazione, il metodo dell'*Hunter*; e
gli aneurismi inveterati, e diffusi hanno creduto
dispensabile la dissarticolazione della gamba. Il
todo del suddetto Autore in codest'aneurisma pr
casi nelmodo seguente.

Situato il paziente supino nel letto, e dis
sti i ministri si applicherà il tourniquet nella p
te superiore della coscia, o si farà tenere compr
sa l' arteria da un' assistente nel modo di sopra
cennato. Si esaminerà in seguito esattamente il
go, dov'esiste l'arteria, cioè nella parte interna d
metà della coscia, per scansare il muscolo sartor
indi si farà ivi un taglio dei comuni tegumenti. Q
sto sarà della lunghezza di circa tre pollici, e
guirà esattamente la direzione dell' arteria stes
Incisi i comuni tegumenti, resterà facile il p
allo scoperto l' arteria, e separarla dalle parti
cine; allora si prenderà un ago curvo preparat
quest' oggetto con del refe incerato a tre dop
e si passerà sotto l' arteria

lacciatura. Si potrà passare un altro filo alla distanza di un pollice circa lontano dal primo, e servirsene per riserva. Compiuta l'operazione, e sospesa la compressione per vedere se la legatura sia abbastanza stretta; si applicherà la medicatura, che sarà molto semplice, e consisterà in alcune stuella di fila, aspettando la suppurazione per cambiarle. E' necessario lasciare i fili di riserva fuori della ferita, onde poterli stringere in caso di necessità. Il celebre *Boyer* consiglia in questo metodo dell' *Hunter* di eseguire nel luogo prescelto dell' arteria un incisione nella medesima, e quindi farvi due allacciature una sopra, e l' altra sotto l' incisione stessa del vaso, come si pratica nel metodo detto ordinario.

Si è consigliata ancora nell'aneurisma poplitea la legatura dell' arteria crurale, la quale viene seguita da mancanza di pulsazione del tumore aneurismatico, non che di tutto il membro, e dalla mancanza di calore nel medesimo; ma questi accidenti in seguito si dissipano, ed il metodo presenta il fondamento pel buon successo, il quale per altro ci sembra poterlo più facilmente ottenere, nel caso di cui trattiamo, colla legatura dell' arteria femorale.

Fatta l'operazione, si vede in breve tempo diminuire il volume dell' aneurisma, sopra di cui si possono usare delle compresse imbevute in qualche decozione attonante, ed astringente. A questo proposito ci riporta il celebre *Soemmering*, provando l' attività de' vasi assorbenti, che nello spazio di ventiquattrore, ritrovasi diminuito di una terza parte il tumore aneurismatico.

La cura consecutiva va diretta a seconda dei sintomi, che non variano da quelli già di sopra

descritti, e si ottiene sollecitamente la guarigion
della piaga. Se l'aneurisma non sia molto volumi
nosa, e sia recente, onde non esista affezione a
cuna nei condili dell'osso del femore, o della t
bia, si ottiene con questo mezzo la cura radicat
va della malattia; ma se abbia luogo il contrario
ad onta dei vantaggi di codesto metodo, il mal
to sebbene guarito dall'aneurisma, resterà poi vitt
ma del disordine locale, se non si ricorra all'a
putazione. Questo esito funesto per altro può su
seguire l'operazione più sollecitamente, operando qu
sta specie di aneurisma col metodo di sopra acce
nato, vale a dire allacciando l'arteria nel luo
stesso del tumore, poichè allora la suppurazio
locale necessariamente abbondante, accelera
carie dell'osso.

ARTICOLO II.

Delle Amputazioni.

Quando la malattia di una dell'estremità del co
umano, è di natura incurabile, e tale, che c
scendo, o comunicandosi ad altre parti, potrel
cagionare la perdita dell'infermo, dobbiamo
lora ricorrere alla separazione di essa, e que
operazione è quella, che propriamente dicesi *A*
putazione. Questa operazione è stata posta in
fino dai tempi più antichi della Medicina, e d
biamo confessare, che la maggior parte de' met
di amputare attribuiti ai moderni, li troviamo
gli antichi scrittori di quest'arte salutare, se
vogliamo eccettuare i mezzi di arrestare l'emo
gia, che sono certamente stati molto perfezio
dai moderni, lo che rende l'amputazione al

Trattandosi nell' amputazione di privare il paziente di un membro, non deesi praticare la medesima, che nei casi di estrema necessità, e solamente quando il Professore non riconosca realmente altro mezzo di conservare in parte un' articolo, o di salvare la vita del paziente. Del resto è ugualmente pericoloso l' attendere, che la malattia abbia fatto grandi progressi, onde minacci la vita dell' infermo, ed abbia tanto esaurite le forze del medesimo, che non sia più in istato di sostenere l' operazione stessa. I Pratici più celebri della nostra Professione sono stati divisi su questo argomento, ed hanno forse troppo sostenuto due proposizioni ugualmente opposte. Alcuni hanno preteso, che non si dovesse mai praticare l' amputazione, considerandola come inutile, e pericolosa. Altri hanno creduto troppo frequente la necessità di essa, fino a proporla nei casi non necessarj, ed in un tempo in cui si può sperare ancora di ottenere la guarigione della malattia, e conservare l' articolo con altre risorse. Sarà molto savio quel Professore, che si terrà egualmente lontano da questi due estremi, ed eseguirà l' amputazione nei casi, nei quali essa è realmente necessaria, ed in tempo opportuno.

Non è sempre così facile il decidere in generale, quando realmente sia indispensabile cotesta operazione. Noi abbiamo già negl' altri volumi parlando delle malattie generali, e particolari, esposto i casi, nei quali l'arte Chirurgica non possiede altra risorsa, che quella di ricorrere all' amputazione. Gioverà quì soltanto il ripetere, che i principali casi nei quali essa ha luogo, sono principalmente le ferite contuse, e lacerate, le fratture parimenti complicate, come per esempio, quelle prodotte da armi da fuoco, la cancrena, il can-

cro, la carie, e lo sfacellismo; le ulceri di na
ra maligna, alcune esostosi, una distrazione p
ticolare delle membra, in alcuni aneurismi, e
rite di arterie molto grosse, e finalmente ne
suppurazione molto estesa. Questi sono i c
principali, ne' quali deve il Professore ricorr
all' amputazione della parte. Non si dice per altr
che in tutte queste malattie debbasi subito pra
care l' amputazione, posciachè spesso molte di
se guariscono coll' uso de' medicamenti adattati,
dei metodi già indicati, ai quali deve prima ricorre
il Cerusico, anzichè determinarsi all'amputazion
che non va praticata se non che come ultimo,
estremo rimedio, e quando il tralasciarla portere
be o la perdita della vita del paziente, ovvero
farebbe soffrire per lunghissimo tempo, e per se
pre una malattia grave, ed incurabile.

Riconosciuta la necessità dell' operazione,
dovrà procurare di eseguirla, come si è detto
prima che il paziente abbia perduto le forze nece
sarie, cosa, che non tarda a sopraggiungere nel
malattie accennate, le quali indeboliscono sollec
tamente i malati.

Alcuni Professori sono di sentimento, che
possa, anzi si debba praticare l' amputazione
quando l' infermo è ridotto in una certa deb
lezza, poichè allora la cura della piaga, che r
mane dopo l' operazione è più facile, e semplice
e minor timore vi è di grave infiammazione, o
emorragia. Per altro quando ancora ciò realment
abbia luogo, potrà soltanto intendersi nei c
si, in cui il Professore sia consultato a malatt
avanzata, e nelle case particolari, o nei picc
li Ospedali; ma non sarà mai questa regola prat
cabile nei grandi Ospedali, dove sogliamo fare l
[illegible] di questo genere.

Infatti vediamo, che in essi le grandi operazioni non sono seguite da felice successo, come quelle eseguite fuori dei medesimi; e ciò accade appunto per la debolezza, in cui vengono per tante inevitabili cagioni ridotti i pazienti, la quale prolunga la suppurazione; e li rende soggetti a malattie nosocomiali, o altre malattie croniche di debolezza. Se nelle amputazioni non si procuri, che il malato conservi tuttavia un grado di forza sufficiente, resterà egli per lo più vittima dell' operazione stessa.

Determinato il Professore di eseguire l' amputazione, si dovrà destinare il luogo da praticare la medesima. Devesi avere per assioma generale in questi casi; che si dee portar via tutta la porzione affetta dell' articolo; motivo per cui alcune volte è necessario reciderlo molto al di sopra di quello apparisca il termine della malattia all' esterno, lo che ha luogo principalmente nella cancrena; che spesso si estende molto più in su nelle parti interiori, che alla superficie dell' articolo stesso. Deve ancora il Professore praticare l' operazione in modo, che il moncone, che rimane sia di qualche utilità al paziente, se è possibile, o almeno non gli serva d' impaccio; e da questo viene sovente obbligato il Cerusico ad eseguire l' amputazione al di sopra di quello; che richiederebbe la malattia.

Le regole generali, ed avvertenze d' aversi in ogni amputazione sono le seguenti. Si deve in primo luogo dal Professore fermare il corso del sangue nella parte d' amputarsi; quindi si tagliano circolarmente i comuni tegumenti, e con un secondo, e talvolta terzo taglio i muscoli sottoposti, procurando, che resti tanta quantità di questi,

onde ricoprire l' osso, e tanta dei primi, affinchè essi possino mettersi a mutuo contatto. Si deve in seguito segar l' osso, e legare indi tutte le arterie, che danno sangue, per impedire una emorragia secondaria, ed in fine riunire cautamente le parti coi muscoli, e tegumenti procurandone la cicatrice.

Queste sono le regole generali da osservarsi in ogni amputazione, per altro non sempre la circostanza esige portar via soltanto porzione dell' osso, ma spesso conviene separarlo nella respettiva articolazione, e quindi abbiamo due specie diverse di questa operazione, la prima delle quali dicesi propriamente *Amputazione*, e la seconda *Disarticolazione*. Noi parleremo di ognuna di queste separatamente. Le amputazioni, che si praticano nell' estremità sono quelle del braccio, dell' antibraccio, della coscia, e della gamba. Le disarticolazioni più frequenti, sono quelle delle dita della mano, e del piede. A queste possiamo eziandio aggiungere quelle del braccio, della mano, di alcuni ossi del metacarpo, del femore, della gamba, quella parziale del piede, e del metatarso, le quali sebbene gravi, pure sono eseguibili, e perciò verranno da noi brevemente descritte.

Le amputazioni propriamente dette, si eseguiscono generalmente nella stessa maniera, eccetto alcune cautele principali dipendenti dalla strnttura della parte. I metodi principali, di cui in esse si fa uso sono tre, cioè l' amputazione a due tempi, quella a lembo, e l' altra secondo il metodo di *Alanson*, ossia a taglio obbliquo. Questi metodi in genere possono essere adattati secondo le diverse parti, sulle quali si opera, e giusta le varie circostanze.

fare l' amputazione in [illegible] prepa-

rata la suppelletile degli stromenti necessarj, e facendo stirare i tegumenti più in alto, che sia possibile, s'inciderà la cute, e la cellullare circolarmente, dopo di che tirandoli in alto, con un taglio circolare si recidono i muscoli sino all'osso. Allora facendo passare una pezza spaccata nel taglio stesso, per modo, che venga l'osso compreso nell' apertura di essa, si tireranno molto all' in sù i muscoli per scoprir l'osso più in alto, che sia possibile. Si recide indi vicino alla medesima il periostio, per poi con varj moti di sega, separar l'osso. Si passa in seguito alla legatura de' vasi, dopo di che tirando in basso i muscoli, si ricopre comodamente l'osso segato, essendo essi più lunghi del medesimo, e facendo rilasciare i comuni tegumenti, si procura porre a contatto con essi, tutte le parti molli, che si mantengono in sito coll' apparecchio, che esporremo.

Questo metodo benchè ottenga una sufficiente quantità di muscoli, e di tegumenti per coprire l'estremità del moncone, ciò non ostante non sono essi sempre bastanti all' oggetto nella consecutiva suppurazione, e quindi si è procurato di prevenire tale inconveniente con varj mezzi. Alcuni hanno proposto di separare una quantità di tegumenti, e rovesciarla all' in sù. Altri hanno consigliato di recidere eziandio i muscoli in due strati, gli esterni cioè prima, e fatti ascendere, quindi passare al taglio circolare degl'interni. Con ciò si viene a formare una specie di cono voto, nel fondo di cui rimane l'estremità dell'osso. A fronte per altro di queste correzioni si è da molti creduto, che il taglio circolare dei muscoli, e dei tegumenti presentasse degli inconvenienti insuperabili, ed hanno imaginato degli altri metodi, fra i quali quello così detto a lembi. Questo me-

todo consiste nel tagliare i tegumenti, ed i muscoli non circolarmente, come nel metodo sopra accennato; ma tagliando queste parti da due lati con due tagli retti, e poi recidendo circolarmente le medesime. Allora come ognun' vede restano due lembi, i quali separati, e tirati all' in sù si viene a scoprire l' osso fino alla parte superiore delle recisioni laterali, ove colle medesime cautele si pratica la resezione dell' osso, si legano le arterie, e quindi si riaccostano fra loro i lembi, e si mantengono a mutuo contatto. Alcuni usano di formare i lembi obbliqui facendo penetrare il coltello rasente l' osso nel sito, dove si deve segare il medesimo, e poi portando obbliquamente all' in giù fino ai tegumenti; motivo per cui i lembi riescono obbliqui.

I Chirurgi francesi fautori di questo modo di operare hanno trovati pochi seguaci, e non è stato generalmente abbracciato dall' altre nazioni. Si pretende, che il riunire i due lembi porti con se il vantaggio di prevenire una suppurazione, d' impedire la conicità del moncone, e che con tale metodo l' estremità dell' osso non resti mai allo scoperto; ma in pratica realmente non hanno luogo codesti vantaggi. Infatti rarissime volte suole effettuarsi l' adesione immediata di due superficie così estese, come sono quelle dei due lembi, segnatamente se l' articolo d' amputarsi sarà molto grosso; ma se anche quest' adesione si formasse non è essa mai generale, e la suppurazione, che indispensabilmente susseguirà nei luoghi, dove non sia nata l' adesione, non potrà avere libero scolo per le marce. Se poi venga a suppurare tutta la superficie dei due lembi, facilmente si può concepire quanto sarà maggiore, ed abbondante la

suppurazione di quella, che siegue nel taglio circolare. L'esfogliazione dell' osso, se accade, sarà meno libera, che nel metodo di sopra accennato, restando applicato il lembo sull' osso medesimo, per le quali ragioni questo metodo è al presente quasi posto in dimenticanza, e riservato soltanto in alcuni casi, che esso possa essere unico, ed indispensabile.

Il metodo di *Chesen*, che può sotto un certo punto di vista considerarsi come un medio fra li due accennati, è quello, che sebbene non sia totalmente privo d' inconvenienti, pure da varj pratici è stato lodato, ed adottato. Esso consiste nel recidere i muscoli obbliquamente, onde l' estremità del moncone rappresenti un cono vuoto, nella di cui parte superiore rimanga l' estremità dell' osso. Per ottenere questo si fa penetrare la punta del coltello sino all' osso rasente i tegumenti; ma obbliquamente in modo, che resti la sua punta circa due pollici più in alto dal lembo della cute già recisa. Allora tenendo sempre la porzione tagliente del coltello aderente all' osso si conduce esso circolarmente, e obbliquamente, per lo che si vengono a recidere i muscoli nella forma accennata. Ciò eseguito, si sega l' osso col metodo già indicato, e si riuniscono dopo le carni, ed i tegumenti, dei quali si sarà avuto cura di lasciarne quantità sufficiente, onde ricuoprire la piaga.

Se noi giungessimo ad allontanare alcuni inconvenienti, che seco porta il metodo di *Chesen*, dovressimo in allora convenire, che esso sarebbe d'anteporsi ad ogni altro. E' stato pertanto rimproverato a questo metodo di non lasciare una proporzionata quantità di pelle, onde ricoprire la ferita; ma ciò si potrebbe forse prevenire tirandola molto

all' insù dopo il taglio della medesima, o anche ripiegandola superiormente. Più fondate per altro sono le difficoltà, che si ripetono dalla natura stessa del taglio, giacchè non è così facile il condurre il coltello con esattezza obbliquamente, e formare un taglio tanto regolare, come è necessario, ed inoltre non ê sicnro l' evitare, che il medesimo offenda i comuni tegumenti, rasente i quali si deve condurre; di più è molto incomoda la legatura de' vasi, i di cui estremi recisi corrispondono nella cavità del taglio, e finalmente non rimane una sufficiente grossezza ai muscoli per poterli condurre sopra l' estremità dell' osso reciso. Per l' esposte ragioni è stato adunque rigettato questo metodo, e si è generalmente preferito con ragione quello detto a due tempi, in tutti quei casi, ne' quali possasi dal Professore scegliere il metodo d' amputare facendo per altro il taglio dei muscoli a più riprese, a cui si unisce nella sola amputazione del femore un terzo taglio, che indicheremo parlando della medesima.

Prescelto il metodo, il Cerusico disporrà prima di tutto l' adattato apparecchio. Esso consiste in un tornichetto, abbenchè non sempre sia necessario, un coltello retto con il tagliente alquanto convesso, che serve al taglio dei tegumenti, e dei muscoli, un altro piú piccolo, e tagliente da ambi i lati pella recisione del periostio, o per il ligamento interosseo, e rimasuglio de' muscoli ec., una compressa spaccata fino alla sua metà, detta a coda di rondine, oppure doppiamente spaccata, per ritirare all' insù i muscoli, nel tempo che si forma la resezione dell' osso, una sega, una tanaglietta incisiva, una pinzetta, ovvero un uncino, o stiletto d'acciajo, per prendere i vasi d' allacciarsi, refe cerato semplice doppio, e triplo giusta il bisogno, e finalmente si prepareranno alcune liste di cerato adesivo [illegible]

lunghette, una pezza tagliata a croce di Malta, ed una, o più fascie circolari.

Giusta il luogo dove deve eseguirsi l'amputazione varierà il manuale della medesima, sempre peraltro secondo i principj già di sopra indicati. Eseguita l'amputazione si applicherà l'apparecchio. Per la cura del malato procurerà in primo luogo il professore di calmare l'orgasmo del paziente, che siegue necessariamente l'operazione, e questo si otterrà per mezzo di una bevanda oppiata. Il riposo, la quiete, e la dieta rigorosa particolarmente nei primi giorni, formeranno la base principale della cura, non ommessi i rimedj generali adattati per diminuire la violenza dell' infiammazione, e procurare una buona suppurazione, fra i quali ha qualche volta luogo principalmente il salasso, le bevande ec. La china sarà eziandio in seguito necessaria per debellare quelle febbri, che si associano per lo più alle grandi operazioni, come abbiamo già detto in altro luogo. Questo è quello, che riguarda la cura generale.

Per quello appartiene alla cura locale, stabilita la suppurazione, lo che accade circa il terzo giorno, si medicherà la piaga col metodo, che si è altrove esposto trattando delle piaghe in generale. Alcuni sintomi per altro possono ritardare molto la cicatrice. Il primo, ed il più terribile si è l'emorragia. Questa si preverrà facilmente, se si abbia avuta la cautela di legare esattamente tutti i vasi, che possono gettar sangue; ma se mai avesse luogo, si dovrà ricercare l'arteria, e legarla. L'altro sintoma, che può ritardare di molto la guarigione, si è la scopertura dell' osso, che ha luogo particolarmente nelle parti ricoperte di molti muscoli, come per esempio la coscia. In questo caso non si ottiene mai la cicatrice della piaga, se prima non

accade la necrosi dell' osso, e la sua esfogliazione, cosa che richiede alle volte moltissimo tempo; e quando poi succede sovente se ne separa soltanto una porzione di esso, e ne resta sempre un altra allo scoperto. Sono stati proposti varj metodi per prevenire questo inconveniente. Se mai avesse luogo, ad onta delle precauzioni adoperate nel lasciare una quantità sufficiente di muscoli ec. si è imaginato di segare nuovamente l' osso ad una maggiore altezza, recidendo nuovamente i muscoli; ma oltre la difficoltà, che si trova nel praticare questa seconda amputazione, essa riesce molto pericolosa. Altri hanno preferito l' uso del caustico, con cui si ottiene la separazione dell' osso con molta facilità; ma questo metodo ancora è sottoposto a non minori inconvenienti. Il miglior modo in codesti casi sarà sicuramente quello proposto dal rinomato *Leveille*, e praticato poi dal cel. *Volpi* con felice successo; e consiste nel distruggere tanto il periostio della porzione dell' osso esuberante, quanto il midollo interno colla sua membrana; si riempie tale oggetto la cavità dell' osso con delle fila intrise nello spirito di vino, ed allora si forma una suppurazione, che viene seguita dalla caduta della porzione di osso, che rimane priva di nutrimento.

Esposte le regole principali da tenersi nelle amputazioni, passiamo ora ad esporre alcune riflessioni particolari risguardanti le cautele convenienti a ognuna delle varie specie di amputazione, a cui addatteremo le regole generali dianzi divisate, quindi poco avremo bisogno di fermarsi nelle medesime. Le amputazioni propriamente dette si praticano nell' osso del braccio, nell' antibraccio, nella coscia, e nella gamba. Le altre ossa sono troppe piccole per sottoporle ad essere amputate, nelle falangi, che forse alcune sarebbe

capaci di essere recise con sega, in cui dagli antichi realmente si costumava questa operazione, si pratica al presente la disarticolazione, giacchè la medesima è meno difficile, e meno pericolosa, ed inoltre la piccola porzione di falange, che rimarrebbe, si renderebbe piuttosto d'incomodo, che di utile alcuno.

Si è già di sopra esposto, quali siano i casi, ne' quali possa aver luogo l' amputazione del braccio, che si richiede principalmente in quelle malattie, che attaccano l' articolazione del cubito. Il metodo migliore per questa operazione è quello di già prescelto, cioè a due tempi. Per quello poi riguarda il luogo da eseguirsi, questo dipende dalla malattia stessa, che l' esige. Si può dunque praticare nella metà dell' omero, nella sua parte inferiore, o nella sua parte superiore. In quest' ultimo luogo per altro riesce semprepiù difficile, e pericolosa, e quando resti la scelta ad arbitrio del professore, sarà meglio amputare il braccio poco sopra i condili dell' omero, o almeno verso la metà di quest' osso, molto più per l' utilità, che può offrire un moncone più esteso.

L' apparecchio necessario si è il medesimo, che abbiamo indicato parlando delle amputazioni in generale, escludendo il piccolo coltello tagliente da ambi i lati, e la doppia compressa spaccata. Pel manuale poi si osserveranno le regole seguenti. Il paziente resterà seduto, se le forze lo permetteranno, altrimenti resterà nel letto. Il braccio sarà disteso, e sostenuto da due ministri, uno de' quali terrà fermo l' antibraccio, e l' altro il braccio nella sua parte superiore. Se l' amputazione si eseguisca nella porzione inferiore dell' Omero sopra i condili, questo stesso ministro potrà col suo pollice comprimere l' arteria bracchiale alla parte interna

del braccio, circa ad un terzo della lunghezza d
medesimo, in distanza dell' articolazione. Ivi l' a
teria restando immediatamente sull' osso, trovasi u
punto fisso per la compressione; ma se debbesi a
putare il braccio alla sua metà, o anche più in
to, è necessario lasciare maggiore spazio all'operat
re, e quindi dovrassi applicare il tornichetto p
in alto, che sarà possibile, situando la pallotta d
medesimo sotto l'ascella, ed allora dal ministro, c
sostiene la parte superiore del braccio; facen
tirare i tegumenti molto in alto, farà il profess
re il taglio circolare dei medesimi, e questo sa
nel punto di già destinato. Fatto il taglio, ordi
rà egli nuovamente di tirare in alto i tegument
e per ottenerne una quantità sufficiente, si posso
separare per lo spazio di circa un pollice. La p
ca quantità di carni, che si ritrova nel brac
previene da per se stessa la suppurazione tróp
abbondante, ed il difetto di lasciar l' osso allo sc
perto; per lo che non è di necessità ricorrere
altro metodo, che a quello del taglio circolare
due tempi, che si rende sufficiente. A quest' o
getto il professore inciderà primieramente il m
scolo bicipite, e dopo il tricipite, ed il bracchi
anteriore, a livello delle fibre del primo musco
inciso. Si tirano quindi all' insù le porzioni di m
scoli recise per mezzo della pezza spaccata, e
sega in seguito l' osso, avvertendo di andare c
somma cautela nel fine, e facendo sempre sosten
re la porzione inferiore del braccio, affinchè dal p
so del medesimo non venga rotto l' omero prim
che termini di essere segato, e non resti qualc
scheggia; lo che se mai accadesse, si farà uso d
la tanaglietta incisiva per portarla via.

Segato l' osso, si deve passare alla legatura d
[illegible] luogo si dovrà legare l' arteria b

chiale, questa si trova facilmente nel lato interno, e si prenderà con uno degli stromenti già indicati, tirandola alquanto infuori, per non comprendere nell' allacciatura il nervo mediano unito alla medesima. Si slenterà indi il torcolare per vedere se vi sono altre arterie, che meritino di esser legate, cioè le collaterali, lasciando i fili delle legature nell' angolo inferiore della ferita. Quando il Professore sia sicuro, che non esista altro vaso arterioso, che getti sangue, comprimerà leggermente colle mani scorrendo all' ingiù dal Deltoide fino al sito ove si è fatta l' amputazione, ed in seguito congiungerà i margini della ferita, i quali saranno così mantenuti a contatto da alcune liste adesive lunghe. Si coprirà indi la ferita con una faldella di unguento cerato, e tutto il moncone con fila asciutte, sulle quali si metterà la croce di malta, due lunghette, ed il tutto si sosterrà senza comprimere dai primi giri di fascia a spica ascendente, che servirà col restante ad impedire la contrazione dei muscoli in parte recisi. Si dovrà in seguito regolare nel modo da noi già altrove descritto la cura della piaga, e dei sintomi, che potessero sopraggiungere.

L' amputazione dell' antibraccio merita alcune riflessioni particolari, per essere il membro composto di due ossa, e per la gran quantità di parti tendinose, e ligamentose, delle quali è composto, lo che può produrre dei gravi sintomi. Qualora dunque sia conosciuta la necessità dell' operazione, si potrà essa eseguire col metodo detto a due tempi, che è egualmente sufficiente in quest' amputazione, come in quella del braccio. L' apparecchio sarà il medesimo, eccetto che si può aggiungere il coltello, per tagliare il ligamento interosseo, che sarà stretto, e tagliente da ambi i lati. Al presen-

te però che si adopera il coltello retto per taglia
i tegumenti, ed i muscoli, potrà ancora esso serv
re per recidere il ligamento interosseo. Il luog
dove devesi fare l' amputazione dell' antibraccio
verso la metà dell' articolo istesso, quando la sc
ta sia in libertà del Professore. Infatti convengo
i migliori pratici, che amputando l'antibraccio tro
po vicino al carpo, oltre la difficoltà, che si tro
nell' ottenere la copertura del moncone, ed u
buona suppurazione, si corre rischio di desta
eziandio de' gravi sintomi per l' offesa di parti c
sì sensibili; essendo la parte dell' antibraccio vi
na al carpo formata presso che di tendini, e lig
menti: onde in tale circostanza il punto da sc
gliersi potrà essere quattro dita lontano dall'
ticolazione. Dall'altra parte, se facciasi l'amputazi
ne troppo vicino all' articolazione del cubito,
tre la difficoltà, ed i pericoli nel praticarla, atte
la vicinanza dei ligamenti della medesima, a cui
potrebbe estendere l' infiammazione, e la suppu
zione, resterebbe un pezzo di antibraccio così p
colo, che sarebbe inutile, ed incomodo. Quan
dunque il professore sia obbligato ad amputare
detta parte, viene dai pratici moderni consigliato
amputare piuttosto il braccio sopra i condili,
quello che l' antibraccio sotto i medesimi, essen
la prima amputazione più facile, meno pericolos
ed essendo presso a poco uguale il danno, che
sulta al paziente dalla perdita di una porzione de
articolo.

Pel manuale di codesta operazione si farà
tuare il paziente o a sedere, o sul letto, e si
rà sostenere il membro da due Assistenti, uno c
quali tiene fermo l' antibraccio nella parte super
re vicino al cubito, e nello stesso tempo stir
superiormente la cute

mano. Per arrestare il corso del sangue si farà comprimere colle dita dell'anzidetto Assistente l'arteria bracchiale, o si applicherà il tornichetto circa la metà del braccio. Riguardo alle posizioni dell'antibraccio sono diversi i pareri dei pratici. I Francesi sostengono, che sia migliore di farlo tenere nella massima pronazione, acciò le due ossa restino paralelle, e si possano segare nello stesso tempo. All'opposto i professori Italiani sono di sentimento, che nell'amputazione dell'antibraccio si debba far tenere il medesimo nella massima supinazione. Quest'apparente contradizione di due mezzi affatto opposti per ottenere lo stesso oggetto viene spiegata dal professore *Monteggia*, il quale dice, che la supinazione, dell'antibraccio conviene allorquando il professore è situato nella parte esterna. Infatti tanto il *Bertrandi*, quanto il *Monteggia*, i quali stabiliscono, che l'antibraccio debba porsi nella massima supinazione consigliano l'operatore di restare nella parte esterna dell'antibraccio, mentre all'opposto *Sabatier*, *Richerand*, e *Volpi*, i quali consigliano di far restare l'antibraccio nella massima pronazione possibile, consigliano altresì il Professore a rimanere situato nel lato interno dell'articolo. *Dessault* faceva tenere l'antibraccio in una situazione media fra la pronazione, e la supinazione.

In qualunque pertanto di queste situazioni venga posto il membro, farà il professore il taglio dei tegumenti. Si farà esso circolare, e si procurerà che sia più in basso, che sia possibile, cioè circa due dita almeno al disotto del luogo, dove si debba segar l'osso. Incisi i tegumenti, e la cellulare si dovranno questi tirare più in alto, che si può, separandoli dalla sottoposta aponeurosi, e si passerà indi al taglio dei muscoli. Questo dovrà egual-

mente farsi circolare, e dopo si passerà alla esatta recisione trasversale delle parti interossee. Codesta recisione si farà per mezzo del medesimo coltello o di quello detto interrosseo, che si fa penetrare dall' alto in basso fra l' ulna, ed il radio. Per mezzo della pezza spaccata doppia si tireranno all' insù i muscoli, e dopo aver inciso il periostio, si passerà a segare le ossa. Nell' applicare la sega orizzontalmente si deve attendere, che ambe le ossa vengano separate nello stesso tempo, giacchè, se una venisse ad essere segata prima dell' altra, quella, che resterebbe ancora da recidersi interamente, si potrebbe rompere, e formare delle punte, o scheggie, i quali debbonsi nel caso tagliare sul momento, mercè la tanaglietta incisiva.

Compiuta la resezione dell' osso, e tolta la pezza spaccata doppia, si debbono legare i vasi principali, quelli, che si presentano in questa operazione sono la radiale, la cubitale, e le due interossee, l' anteriore cioè, e la posteriore. La cognizione anatomica della parte farà ritrovare facilmente questi vasi senza aver bisogno di far sospendere la compressione sopra l' arteria bracchiale; ma sarà indispensabile il porre attenzione nell' allacciatura delle due principali arterie nominate, cioè radiale, e cubitale per non comprendervi i nervi corrispondenti alle medesime. Sarà benfatto per altro di far sospendere in seguito la compressione per riconoscere se mai ci fosse alcun altro ramo arterioso, che si rendesse necessario allacciare, come qualche volta accade. Se questo avesse luogo, se ne farà la legatura, e si ricoprirà indi il moncone con i muscoli, ed i tegumenti. Si applicano inalle due piccole compresse, una nel lato interno, e l' altra sul lato esterno in poca distanza del moncon

le quali saranno circondate da una lunghetta, che si farà tenere fissa dalle mani di un Assistente, e servirà a sostenere l' estremità delle liste adesive, colle quali si mantengono i lembi degl' integumenti a contatto. Il rimanente dell' apparecchio è quello di già esposto, che verrà sostenuto da una fascia contentiva. Il moncone si lascia semiflesso, ed un poco più elevato di tutto l' articolo, e si fissa al cuscino, che lo sostiene; ed in seguito il metodo di cura verrà diretto giusta quanto di sopra si è detto.

L' amputazione della coscia richiede presso a poco le medesime cautele, che abbiamo già descritte parlando dell' amputazione del braccio. L' analogia di struttura, che passa fra queste parti, ne rende analogo il metodo. Siccome per altro la coscia è composta di una quantità di muscoli molto maggiore di quella del braccio, e siccome questi sono di maggior grossezza; così è più da temersi il ritiramento dei medesimi, e conviene quindi far uso di maggiori cautele, che nell' amputazione dell' omero per impedire, che accada la scopertura dell' osso. Il taglio circolare, o a due tempi si crede dai pratici non essere sufficiente il più delle volte ad impedire questo inconveniente, e quindi varj Scrittori consigliano servirsi nell' amputazione della coscia, del metodo detto a lembi, e di quello di *Alanson*; ma in ultim' analisi dovrà preferirsi, quello, che risulta dai metodi di *Gooch* proposto da *Callisen*, e felicemente praticato dal *Volpi*.

Il luogo, dove devesi amputare la coscia dev' essere più in basso che sia possibile, per avere una piaga di minor superficie, per lasciare l' articolo di una lunghezza sufficiente, e per essere meno imbarazzato dalla quantità di carni, che vanno sempre

crescendo, quanto più si avvicinano all'articolaz
ne superiore. Preparato poi il necessario appar
chio, si passerà all'operazione, facendo situare il
ziente supino col tronco sopra l'estremità di
letto ben fermo, il cui arto sano penderà
medesimo; ma fisso; e quello affetto sarà man
nuto tra la flessione, e l'estensione da due p
tici Assistenti, uno de quali tenga ferma la cos
nella sua parte superiore, e l'altro tenga fissa
gamba. Situato il paziente, ed i ministri, si do
fermare il corso del sangue, che attesa la grand
za de' vasi della coscia potrebbe essere di mo
imbarazzo nel tempo dell'operazione. A quest'
getto alcuni costumano di applicare il torniche
sull'arteria crurale; ma i più recenti pratici si co
tentano di far comprimere la stessa arteria da
mano di un ministro. Questa compressione dev'
sere alquanto forte, e perciò si adopera il dito p
lice, o meglio un pezzo di legno adattato a g
sa di manubrio di un sigillo ricoperto di pel
la compressione esercitata in questo modo è
mezzo sufficiente per fermare il corso del sangu
trovandosi la crurale, compressa fra il corpo
plicato, e l'osso innominato: ad onta, che si
tribuisca a codesto metodo l'inconveniente, che a
dando l'operazione alquanto in lungo, l'assistent
il quale comprime l'arteria, possa facilmente
ser soggetto a stancarsi.

Fermato il corso del sangue, si passa al tag
dei tegumenti, che si farà circolare, e più in b
so che si può, avvertendo di fare l'incisione du
o tre pollici almeno al disotto del luogo, dove
deve segar l'osso, acciò ne resti quantità conven
vole per coprire la piaga. Si consiglia di segna
coll'inchiostro il luogo da incidersi, onde forma

due fettuccie; una al disopra, e l'altra al disotto del sito destinato per l'incisione. La prima di codeste cautele è inutile; e la seconda è anche dannosa. Incisi i comuni tegumenti; si distaccheranno dalle parti sottoposte, e particolarmente dall' aponeurosi del fascia lata, e si arrovescieranno all' insù più, che si può; facendoli tenere dall' Assistente, che mantiene ferma la coscia nella parte superiore.

Il taglio dei muscoli della coscia non è dei più facili, attesa la loro quantità, e grossezza, ed attesa la necessità, che vi è di lasciare una quantità di carni sufficiente per ricoprir l'osso; quindi deesi scegliere un metodo, col quale si giunga all' oggetto, passando sotto silenzio gli altri di già esposti, abbenchè siano stati ancora raccomandati in cotesta amputazione. Il metodo, che in questo caso è sicuramente il migliore; e che deesi esclusivamente praticare; è quello descritto dal cel. *Volpi*, il quale consiste nel taglio circolare e perpendicolare dei muscoli eseguito in più volte, e giunto che sia fino al femore, separare questo per l'altezza di un pollice dai muscoli profondi, cioè tricipite, vasto, esterno, ed interno con il medesimo coltello; portandone il taglio rasente il femore stesso. Recisi in tal modo i muscoli; si porrà quindi la pezza spaccata; nella cui fessura si farà entrare l'osso, ed incrociando poi le due estremità divise della stessa pezza; si formerà un altro capo della medesima, e tanto questo, quanto il capo intero si daranno in mano all'Assitente, che tiene la coscia superiormente, acciò egli tirandoli all' insù, venga a scoprir l'osso a tutta l'altezza, in cui si sono separate l'aderenze dei muscoli profondi col testè accennato taglio. Allora si dovrà prima di ogni altra cosa denudar l'osso dal periostio, e questo

si farà per mezzo di un semplice taglio circolare nel luogo, dove deesi segare il medesimo. Ciò adempito, si prenderà la sega, e si principierà la resezione nel punto destinato, e per meglio dirigere la sega finoche non abbia fatto nell' osso una traccia sufficiente; si appoggierà l' unghia del pollice della mano sinistra sull' osso, e sulla medesima s' appoggierà lo stromento. Sarà molto attento l'Assistente, che sostiene la gamba, di tenerla bene ferma, acciò un qualche movimento, o il peso stesso dell' articolo non faccia rompere l' osso, quando è prossimo ad essere segato interamente, e così ancora il Professore anderà coll massima cautela, segnatamente in quel tempo, che è vicino a terminare la resezione, facendo agir soltanto la sega, e non fare su di essa la minima compressione.

Separata la parte d' amputarsi, il primo oggetto si è quello d' allacciare i vasi. Nella coscia essendo l' arterie molte, e di grosso calibro, si userà grande diligenza per non ometterne alcuna, la quale sebbene fosse in apparenza piccola, pur essendo impedito il corso del sangue nelle maggiori per mezzo delle legature, potrebbe in seguito produrre un' emorragia grave, e pericolosa.

La prima arteria da legarsi sarà la crurale che si troverà facilmente nella parte interna del moncone. Il metodo più comodo per legare questa arteria si è di prenderla con una pinzetta, intorno a cui sia stato già precedentemente fatto il nodo col triplo refe incerato. Si fa entrare una branca della pinzetta nel cavo dell' arteria, e coll' altra di fuori si viene a stringere l' arteria stessa tirandola indi a se, si fa passare sulla medesima nodo, ch' esisteva sullo stromento, e si stringe sull' arteria. Questo metodo oltre l' essere il

facile, e meno doloroso; ha il vantaggio di separare con minor fatica l'arteria dal nervo. A quest' oggetto potrà essere ancora molto vantaggioso nella pratica l' uso dell' uncino descritto dal sullodato *Volpi*. Sarà bene legare ancora la vena crurale, la quale se sarà unita all'arteria, si legherà insieme colla medesima, introducendo una branca della pinzetta nell' arteria, e l' altra nella vena, o legandola separatamente dall' arteria, se sia da essa un poco lontana, o se siasi il Professore servito dell' uncino. Legata l'arteria principale, si farà diminuire la compressione, e si vedrà facilmente quali sono i vasi, che meritano di essere legati, e questi si allacceranno nello stesso modo, che abbiamo accennato. Quando il professore sarà bene sicuro, che sono stati legati tutti i vasi, che possano produrre dell' emorragia, per quanto piccoli esser si vogliano, passerà alla medicatura della piaga; ma prima si deve con una spugna imbevuta d' acqua calda lavare bene la superficie della medesima, nettandola, ed assicurandosi così d' avere legati tutti i vasi, che possono dar sangue, altrimenti deesi farne l' allacciatura. Si appressano quindi le carni in modo, che resti come una ferita longitudinale, ed in un angolo della medesima si lascieranno i fili della legatura dell' arteria, sostenuti da una piccola lista adesiva, onde poterli ben riconoscere per non correr pericolo di tirarli nel rinovare la medicatura. Si mantengono a contatto i margini della ferita nell' egual maniera indicata nell' amputazione del braccio, ed egualmente si pone tutto l' apparecchio, il quale sarà sostenuto dalla fascia a spica discendente, che si principierà con due giri intorno alla pelvi. E' quì d'avvertirsi, che codesta fasciatura dev' essere alquanto com-

pressiva nella parte superiore del femore; e so tanto contentiva nella parte inferiore, ossia vicin il moncone. Si pone la coscia amputata in situazion orizzontale; e si mantiene ferma mercè una striscia c tela passata sopra la parte operata; e fissata co' spil al sottoposto lenzuolo; si garantisce finalmente dall coperte ec. con un archetto. Se mai dopo l'opera zione apparisse una inquietante emorragia, dovr il Cerusico contenersi nel modo, che abbiamo ac cennato; parlando delle amputazioni in generale.

La piaga; essendo molto estesa, non è possib le, che si riunisca per prima intenzione; ma de ve necessariamente suppurare, lo che accade ord nariamente nel terzo, o quarto giorno. Allora Professore leverà l' apparecchio con molta cautela bagnandolo ancora, se sia necessario; con l' acqu tiepida, e continuerà a medicare la piaga, com si è già nel primo Volume accennato; trattand delle ulceri. Nel tempo della cura si dovrà pren dere attenzione ai principali sintomi, che posso no sopraggiungere, particolarmente alla scopertur dell' osso, se mai avesse luogo, cosa non molt facile ad accadere, purchè siasi eseguito con esat tezza il metodo descritto del taglio in trè tempi

Una cosa resta d' avvertirsi in seguito di co desta operazione, ed è, che mancando al pazien te un articolo dei maggiori, segnatamente se l'am putazione venga fatta nel terzo superiore dell coscia, viene a mancare al corpo una parte nota bile da nutrirsi, e quindi la massa del sangue a proporzione troppo abbondante fino che non siasi rimesso il giusto equilibrio. Per conseguenza non sarà, che bene il fare al paziente un salasso

verso il termine della cura, particolarmente se nel tempo dell' operazione non siavi stata emorragia notabile, e se il malato sia giovane, e robusto. Per le medesime ragioni si procurerà di tenere il paziente in una dieta regolata, ed in una astinenza de' cibi sostanziosi, e nutrienti; ma piuttosto gli si permetteranno de' vegetabili, affinchè non venga a soffrire coliche, e tutto ciò, che può generare una pletora. Formata la cicatrice, lo che accade dopo quattro, o cinque settimane, si applicherà alla parte una gamba artificiale, la quale in questo caso sarà da preferirsi quella proposta da *Starh*, col cui ajuto potrà il malato sostenersi, e camminare.

L'amputazione della gamba, attesa la struttura dell' articolo, ha molto di analogo con quella dell' antibraccio. I casi, nei quali ha luogo quest' operazione sono i medesimi di quelli già accennati, e si adopera in essa lo stesso metodo, e lo stesso apparecchio. Varie sono state le opinioni de' Pratici sul luogo, dove devesi praticare l' amputazione della gamba. Alcuni sono di sentimento, che sia miglior partito di fare questa operazione quattro dita circa sotto il ginocchio, ed altri all' opposto quattro pollici in circa sopra i malleoli; ed ognuno sostiene con delle ragioni la sua opinione. L' amputazione fatta sopra il ginocchio ha di vantaggio, che il moncone resta più fornito di muscoli, e tanto più facile riesce la cicatrice, e meno soggetta alla scopertura dell' osso, mentre all' opposto questi vantaggj sono minori nella parte inferiore, dove l' articolo è composto di tendini, e il taglio di questo, secondo i suddetti, porta ancora de' gravi inconvenienti. Inoltre dicono, che amputando la gamba nella parte inferiore, si ave-

rebbe un moncone molto lungo, che resterebb
assai incomodo, se il malato dovesse poi appoggia
re il ginocchio per camminare; si è provato di f
tenere al paziente la gamba dritta, e adattare a
estremità del moncone uno stivaletto, il quale p
tesse supplire alla mancanza della porzione amp
tata della gamba, e del piede, ma si è ritrovat
che questa macchina stirava troppo la pelle all' i
sù, e tende a far riaprire la cicatrice, e scopri
l' estremità dell' osso. Conviene per altro osserv
re, che non è poi tanto pericoloso, quanto
pretende, il taglio delle parti, che formano il te
zo inferiore della gamba; che in questo sito l' a
ticolo è molto più sottile, e facile si rende l'op
razione; che la mancanza della porzione carno
dei muscoli rende meno probabile la contrazio
delle parti, e la scopertura dell' osso; e che
può benissimo con una macchina adattata rende
al paziente l' uso de l' articolo senza incorrere n
pericolo della scopertura dell' osso per lo stirame
to dei tegumenti. I migliori pratici recenti so
quindi di sentimento, che qualora lo stato del
malattia lo permetta, sia in arbitrio del Profess
re di scegliere il luogo, dove devesi amputar
mentre poi dovrà questa operazione eseguirsi ass
lutamente nella parte superiore dell' articolo, ci
un pollice, e mezzo al di sotto della tuberosi
della tibia, se la malattia, per cui si pratica es
sta nella parte inferiore, o media della gam
stessa, e così dicasi, se la circostanza obbliga
amputare nel terzo inferiore della medesima,
cui precisamente si eseguirà due pollici circa
di sopra de' malleoli.

Stabilita l' operazione, preparato il malato,
disposto il necessario apparecchio, si farà situa
il paziente [illegible] gamba sa

penda fuori del medesimo, e quella d'amputarsi rimanga in una direzione orizzontale, e sostenuta da due ministri, uno de' quali tenga la parte inferiore, e l'altro la superiore, e questo sarà destinato ancora a stirare ben bene la cute allo in sù. Ciò fatto, dovrà applicarsi il tornichetto. Questo si porrà o alla parte inferiore della coscia nel poplite, ovvero alla metà della medesima verso la parte interna, se mai restasse di troppo imbarazzo il porlo sotto il poplite. Questi due luoghi sono quelli, in cui l'arteria rimane più superficiale, e quindi si arresta meglio il corso del sangue.

Il Professore si situerà fra le gambe del paziente, avendo di già fatto radere i peli nel luogo della sezione, e preso il solito coltello, fa il taglio circolare dei tegumenti in due tempi, prima cioè nella parte posteriore dell'articolo, e dopo nell'anteriore un pollice, e mezzo sotto il punto, che dovrà essere per la resezione dell'ossa. Incisi i tegumenti, si fanno tirare dall'Assistente verso la parte superiore, per così separarli facilmente col bistorino dalle parti sottostanti, e segnatamente dall'aponeurosi, ed indi rovesciati, da vicino ad essi si farà il taglio de' muscoli. Non è necessario nell'amputazione della gamba di usare molta cautela per lasciare una quantità di muscoli, onde prevenire la scopertura dell'osso, come nella coscia. I muscoli della gamba non sono nè così grossi, nè così poco aderenti all'osso, ed ineguali in lunghezza, come quelli della coscia, e quindi poco vi è da temere la contrazione di essi, onde possa aver luogo l'accennata scopertura. Quando il Professore averà diviso i muscoli in un sol tempo, dovrà dividere ancora quelli,

che restano fra la tibia, e la fibola, e che non sono potuti recidere nel taglio circolare. Adopc rà egli a quest' oggetto il coltello a due tag che farà penetrare fra le ossa, procurando, venga a strisciare esattamente sulla superficie c le medesime, acciò non resti alcuna porzione parti molli non recisa, e che verrebbe poi la rata dai denti della sega. Sarà ben fatto dopo avere introdotto il coltello nella parte anterio portarlo nuovamente nella posteriore, onde es sicuri, che il taglio sia completo.

Incisi i muscoli, ed il periostio, si porrà pezza fessa, uno dei cui capi si farà pass nello spazio interosseo, e per mezzo della me desima si tireranno allo in sù le parti molli, de segare le ossa. Si farà ciò nello stesso moc che si è detto parlando dell'amputazione della scia; ma essendo nella gamba due ossi, si dc porre attenzione, che uno di essi, segnatamente fibola, che è più sottile, non si rompa. Si pri pierà quindi a segare la tibia, e si passerà i in un con essa alla resezione della fibola, o qnesta venga separata prima dell' altra, o alm ambedue le ossa insieme. Le arterie da legarsi no ordinariamente le due tibiali, e la peron Se l' amputazione sia fatta molto in alto, basta solito il legare due soli tronchi. Slentando il nichetto, o diminuendo la compressione fatta c Assistente, come nell' amputazione della coscia vedrà, se vi siano altri rami, che meritano la gatura, e se in caso fosse l' arteria nutritizia tura con un poco di molle cera.

Lavata la ferita con acqua tiepida dai gr di sangue, si riuniscono le carni, ed i comuni gumenti, e si fissano le compresse, come s

nee distante dal contorno del moncone, per ivi collocare sopra le liste di ceroto adesivo, ed il resto dell' apparecchio, mantenendo il tutto in sito per mezzo della fasciatura spirale, che dalla metà della coscia, si estenderà a tutta la porzione dell' articolo rimasto, e che deve essere semplicemente contentiva. Per quello che riguarda la cura del malato, ed i sintomi, che possono sopraggiungere dovrà il Professore contenersi nella stessa maniera, che abbiamo accennato parlando delle altre amputazioni. Seguita la perfetta guarigione si adatta all' articolo amputato una gamba artificiale, la quale sarà da prescegliersi quella proposta da *Brunninghausen*.

ARTICOLO III.

Delle Disarticolazioni.

Per terminare questo trattato delle amputazioni resta, che noi esponiamo brevemente il metodo di praticare le amputazioni nell' articolazione stessa, che propriamente dicesi *disarticolazione*. La disarticolazione nei primi tempi era quasi l' unico mezzo su cui si praticava l' amputazione poichè gli antichi credevano assai più facile l' eseguire l' amputazione in un luogo dove era stata già fatta dalla natura la soluzione di continuità dell' ossa stesse, di quello che praticarla nella continuità delle medesime. Si è trovato in seguito, che la disarticolazione era in altri casi più difficile, e più pericolosa dell' amputazione propriamente detta, e quindi si è quasi totalmente rigettata, facendone soltanto uso per le articolazioni delle dita, nelle quali l' amputazione è impraticabile, come si è

detto di sopra. Ambedue questi estremi sono
biasimarsi, e le disarticolazioni fatte ne' casi i
ponenti, e quelle fatte ne' luoghi dove so
praticabili sono molte volte di anteporsi all' amp
tazione stessa.

Le disarticolazioni hanno l' inconvenient
che spesso manca la quantità sufficiente di car
per ricoprire il moncone, e che l' osso presen
una maggior superficie, e quindi è più sogget
all' esfoliazione della cartilagine; ma in pratica
riconosce spesso il contrario, giacchè le ossa
mangono meno soggette a rimanere scoperte,
ad esfoliarsi essendo ricoperte dalla cartillagin
ed i tegumenti bastono sovente per formare la
catrice. Spesse fiate poi la disarticolazione
rende assai facile quando essa è stata già prin
piata dalla natura stessa, per esempio, quan
la suppurazione, la carie, una ferita lacerata,
pure d' arma da fuoco ec. abbia distrutto in po
zione le parti, che formano l' articolazione, e c
quindi poco resti al Professore per separarla t
talmente, onde in questi casi la disarticolazione
da preferirsi all' amputazione ordinaria.

Tutte le articolazioni sono in generale susce
tibili della disarticolazione, e sebbene abbiamo g
accennato quali siano le più frequenti ad eseguirs
ciò non pertanto noi descriveremo ancora le alt
accennate cioè quelle del braccio ec. come oper
zioni che si sono praticate, e vi è speranza di pr
ticarle con successo.

Le varietà degne di osservazione in code
specie di amputazioni sono, che il piede n
può essere interamente disarticolato, tra l' astrag
lo, e l' estremità della tibia, e fibola; ma de
l' astragalo, ed il calcagno lasciare in sito, dis

ticolando dai medesimi il cuboide, e lo scafoide in un con il resto del piede. La disarticolazione dell' antibraccio è stata, a dire il vero, una volta proposta, anzi praticata da qualcuno; ma è al presente generalmente riprovata atteso, che è molto piccolo il vantaggio, che risulta da questa disarticolazione a preferenza dell' amputazione del braccio stesso, e d' altronde i danni, che possono nascere in proporzione della superficie molto più estesa, ed ineguale, che presenta l' articolazione medesima sono maggiori dell' anzidetta amputazione. E' degna eziandio di essere conosciuta la varietà, che presenta il metodo di *Pott* in questa specie di operazione, il quale partecipa sotto alcuni rapporti dell' amputazione, e della disarticolazione. Esso consiste nel recidere con una piccola sega l' estremità inferiore dell' osso del braccio, e quelle superiori del raggio, ed ulna portando via soltanto questi pezzi d' osso, e lasciando poi il rimanente dell' antibraccio, e così dicasi il medesimo nell' articolazione del ginocchio, onde resti ugualmenre la gamba. Questo metodo è stato proposto dall' Autore segnatamente per le malattie dell' articolazioni accennate in occasione di tumori bianchi nelle medesime. La maniera di eseguire questa operazione consiste nello scoprire l' articolazione colla differenza, che aprendo quella del cubito si principia dalla parte posteriore del medesimo, ed in quelle del ginocchio dalla parte anteriore, in cui separata, che sia la rotula dal ligamento proprio, e dal tendine de' muscoli estensori della gamba si lussa l' articolazione, e si segano le due estremità delle ossa dopo averle separate dalle parti molli. Questo metodo in alcuni casi sarebbe il migliore per la bella speranza, che offre di ri-

sparmiare al malato la mutilazione del membro; la difficoltà, che s' incontra nell' eseguire l' ope zione, e l'abbondante, e prolungata suppurazion cui si và incontro, la rende impraticabile, e m to azzardosa per il successo, per lo che merita essere del tutto abbandonata, ed anteposta alla r desima l' amputazione.

Per praticare la disarticolazione si adop presso a poco lo stesso metodo, che si p in opera nella amputazione. E' necessario p mieramente fermare il corso del sangue come n le amputazioni, colla differenza, che in alcuni ca come per esempio nella disarticolazione del br cio non si può applicare il tornichetto sull' arti lo stesso; ma è duopo sèrvirsi d' altri mezzi p ottenere il medesimo effetto. Il taglio de' tegume si farà parimenti procurando, che ne resti quant sufficiente per ricoprire il moncone, che rimau Si recidono in seguito i muscoli, i tendini, e ligamenti avvertendo di non offendere la supe cie cartillaginosa delle ossa che devono rimaner Il taglio dei ligamenti produce per se stesso la parazione de' l' estremità articolate degli ossi, s za bisogno di ricorrere ad altro mezzo. Esegu la disarticolazione, si allacciano i vasi, e si me ca la ferita come si pratica nelle amputazioni; q ste regole generali vengono per altro modificate condo il caso particolare, giacchè ogni articolaz ne richiede delle cautele speciali, che ora con b vità passiamo ad esporre.

La disarticolazione del braccio non è d' venzione molto antica, *Ledran*, ed altri suoi c temporanei sono stati i primi a praticarla; ma loro metodo è stato corretto principalmente da *Faye*, ed il suo manuale è quello, che viene

presente comunemente adottato con qualche modificazione. Questa operazione sarebbe stata tenuta per molto più pericolosa, di quello, che è realmente, e sarebbe forse meno raccomandata dagli Scrittori di Chirurgia, se non vi fossero degli esempj di disarticolazioni del braccio accadute fortuitamente, le quali sono terminate senza pericolo di vita, e con la perfetta guarigione dell' infermo.

Tutta la difficoltà in questa operazione consiste nell' impedire il corso del sangue nel braccio, onde non essere incomodati dall' emorragia. Alcuni credono, che basti legare le arterie secondo, che si recidono, senza praticare alcuna compressione, nè legatura avanti l' operazione; altri suppongono sufficiente la compressione col dito sull' arteria fra la clavicola, e l' apofisi coracoide: altri prima di principiare l' operazione con un ago curvo legano l' arteria forando gl' integumenti; altri finalmente hanno inventato delle macchine adattate, onde comprimere l' arteria succlavia. Al presente il metodo della compressione è preferito alla legatura come difficile a praticarsi, e dolorosa pel paziente; ma per altro deesi eseguire la compressione col pollice di un pratico Assistente sull' ascellare dopo che si è principiata l' operazione dal Cerusico, come appresso vedremo.

Posto che sia il paziente a sedere gli si farà tenere il braccio in una situazione orizzontale, e disteso da un Assistente, mentre un altro resterà situato dietro il malato per ajutare il Professore nel manuale dell' operazione. Un bistorino, un coltello, una forbice, una pinzetta, un uncino, refe incerato ec. formano il necessario apparecchio. Il Professore situato all' esterno del braccio principierà col fare una incisione trasversa due, o tre

dita sotto l' acromion tagliando il Deltoide fino all'
so . Si fanno indi due tagli laterali perpendico
al primo , uno de' quali dall' apofisi coracoide
ne all' in giù , e l' altro dall' estremità posteri
dell' acromion viene a riunirsi colla prima inci
ne orizzontale . In questo modo si forma il pr
lembo , sollevato il quale si giunge a scoprire l'
ticolazione .

Si distacca il lembo fatto dalle parti sotto
ste , e si porta in alto facendolo tenere da un
sistente . Si farà sul momento la legatura dell'
teria circonflessa posteriore , indi si farà por
verso il petto l' estremità inferiore del braccio ;
finchè si distendano i tendini de' muscoli , che
sano sull' articolazione scoperta , i quali si reci
ranno tutti . Allora si taglia il ligamento caps
re , e si fa escire la testa dell' omero dalla ca
articolare , e quindi si taglia la porzione poste
re del ligamento capsulare . Ciò fatto , si princi
il secondo lembo , portando il tagliente del col
lo verso l' omero per recidere l' arteria bracch
più in basso , che sia possibile ; e prima di qu
recisione dell' arteria si fa da un pratico Assist
te comprimere col pollice l' arteria ascellare ,
terminatsi in seguito dal Professore il taglio
muscoli , ed integumenti , che tengono ancora l'
so dell' omero unito al tronco . Il taglio di code
parti si farà obbliquamente in modo , che ne ris
ti un lembo simile a quello formato di sopra all
ticolazione .

Separato il braccio interamente , la prima co
che dovrà farsi sarà quella di allacciare i vasi
primieramente l'arteria bracchiale . Questa si tr
facilmente da chi conosce la sua posizione , e
prenderà colla pinzetta , o coll' uncino facend

la legatura. Si farà poi diminuire la compressione per esaminare se esistano altre arterie, che gettino sangue, e se ne farà l'allacciatura. Quando si veda, che non vi è altro vaso da legare, si porrà nella cavità articolare un piomacciolo di fila, e quindi si riuniranno non molto strettamente i lembi della ferita, che si medicherà colle liste di cetoto adesivo, fila, e con una adattata fasciatura, cioè spira ascellare contentiva. La cura locale, e generale della piaga sarà la medesima, che abbiamo esposto in altre occasioni.

Si può disarticolare ancora la mano nella sua articolazione coll'ossa dell'antibraccio, e particolarmente in occasione di ferite d'arme da fuoco prodotte dallo scoppio dell'arma stessa, supposto però il caso, che siansi formate una o più frattura nell'ossa del metacarpo, con lacerazione cc. Se l'estremità inferiore dell'antibraccio è illeso, come il più delle volte accade, si preferisce codesta operazione all'amputazione del medesimo. La disarticolazione della mano non richiede altra cautela, che quella di lasciare una quantità d'integumenti nella parte posteriore di essa, ossia sul suo dorso per ricoprire la piaga giacchè nella palma della mano ciò non riesce atteso, che ritrovansi in detta parte molti tendini, e ligamenti.

L'apparecchio degli stromenti consiste in un bistorino convesso nel tagliente, ed in tutto il resto è simile a quello già di sopra accennato per le altre disarticolazioni. Siccome in questa operazione si recidono due arterie molto considerabili, così è necessario di arrestare il corso del sangue per mezzo del tornichetto, o di un assistente, che faccia la compressione sull'arteria bracchiale circa l'articolazione dell'omero. Ciò fatto, e situato il malato a sedere, o nel letto si fa porre la mano in pro-

nazione, facendola reggere da un ministro, me
un altro tiene fermo l' antibraccio, e tira all
sù i tegumenti. Il professore farà un taglio s
circolare dei medesimi sul dorso della mano c
un pollice sotto l' articolazione, e facendo ti
in sù la pelle già recisa, ajutandone il distacco
le parti sottoposte, principierà il taglio dei te
ni e ligamenti del dorso della mano, passa qu
al lato esterno, o radiale, recidendo i tendini
muscoli, che servono all' estensione, ed abduz
del pollice, il ligamento laterale esterno, e pr
gue il taglio obbliquamente verso il lato inter
ove termina, separando il ligamento, onde evi
l' ostacolo dell' apofisi stiloide dell' ulna. In c
sto manuale il Professore porta in basso colla s
stra la mano d' asportarsi, e ne facilita la lussa
ne, e termina la disarticolazione di essa porta
il tagliente obliquamente in basso, ed infuori
forma il secondo lembo quasi della stessa figura
primo.

Disarticolata la mano il primo oggetto s
quello di legare le due arterie radiale, cioè, e
bitale. Si esamina se mai esistesse qualche a
diramazione da allacciarsi, e dopo aver ricope
la piaga coi lembi d' integumenti lasciati a que
oggetto, si applica l' apparecchio, come si è de
parlando dell' amputazione dell' antibraccio, co
stente in liste di ceroto, fila, compresse, e fas
tura contentiva. Nel resto si condurrà il P
fessore collo stesso metodo, che abbiamo accen
to per l' altre disarticolazioni.

Alcune volte essendo la malattia limitata,
preferisce il disarticolare il metacarpo con le c
annesse, lasciando intatta porzione della mano.
vede benissimo, che la disarticolazione del prin
ed ultimo osso di questa articolazione deve

assai più facile di quella delle tre ossa di mezzo; le quali offrono delle difficoltà insuperabili, molto più che l' offesa dei nervi della palma della mano potrebbe portare delle conseguenze pericolose. Vi è per altro qualche esempio di avere disarticolato il quarto; ed il quinto osso del metacarpo con felice successo. In queste disarticolazioni si farà stare la mano in pronazione; e tenendo con la mano sinistra il dito corrispondente, se ne fa la disarticolazione dell' osso con un semplice bistorino tagliando dal lembo cubitale del medesimo fino all' articolazione sia del primo osso del metacarpo col trapezio, sia del quarto; o quinto, o di ambedue col unciniforme, e procurando di lasciare un lembo di tegumenti sufficiente per ricoprire la ferita; altrimenti essa difficilmente cicatrizza, e si compie la disarticolazione. Se l' arteria corrispondente produce emorragia; si dovrà allacciare; segnatamente se sia la radiale. La medicatura sarà l' ordinaria; che si fa in queste sorta di operazioni.

Abbiamo indicato di sopra, che nell' amputazioni delle dita si deve preferire la disarticolazione, perchè questo metodo è meno doloroso; più facile dell' amputazione; e perchè la porzione di falange; che resta; sarebbe inutile al malato; poichè verrebbe ad unirsi alla falange vicina con un anchilosi. Varie precauzioni si richiedono nella disarticolazione delle dita; secondo il dito; o la falange; che si deve disarticolare.

Nella mano dovendosi disarticolare il pollice si disarticola ancora il primo osso del metacarpo facendo due lembi; che servono per riunire la ferita. Nelle altre dita si pratica la disarticolazione, ove si articolano col respettivo osso del metacarpo; facendo prima un taglio perpendicolare,

e poi formando due lembi laterali con due ta
semicircolari. Nell' altre falangi si fa prima un
glio circolare, e poi si formano due lembi c
due taglj laterali perpendicolari. Le arterie alcu
volte hanno bisogno di esser legate, e ciò acca
particolarmente quando si disarticolano le pri
falangi, e si recidono i tronchi dell' arterie col
terali.

Si deve avvertire, che dovendosi disartico
re la seconda falange del medio, o annulare
meglio disarticolarli nella loro unione colle os
del metacarpo, poichè se si lasciasse una falan
questa resterebbe inutile, e la deformità sareb
maggiore, che disarticolando tutto il dito, me
tre in quest' ultimo caso si uniscono le dita vici
in modo, che appena si conosce la mancanza c
dito asportato. Nella disarticolazione peralt
dell' indice, e dito minimo sará bene lasciare
prima falange, se si può, giacchè è sempre
qualche uso.

L' apparecchio per la disarticolazione del
dita consiste in un semplice bistorino stretto, un
pinzetta, filo cerato, liste di cerotto, compresse
e fascia. Posto, che sia il malato in una comod
situazione, le si fa sostenere da un' Assisten
l' antibraccio, e corrispondere la mano in perfet
pronazione, allora il Professore tenendo colla s
nistra il dito da disarticolarsi, lo porta in un
semiflessione, e colla destra armata di bistorin
farà un' incisione perpendicolare, principiando n
mezzo dell' articolazione della prima falange col
osso del metacarpo, fino alla diafisi della m
desima: indi prosegue col bistorino dalla pa
te interna, o esterna del dito, giusta la m
no dell' infermo, a fare un taglio semicirc
lare, il quale deve terminare vicino alla sudde

ta articolazione; dalla parte palmare, e così formare il primo lembo, il quale si separa dalla falange, e si taglia il ligamento laterale, portando rasente alla medesima il tagliente del bistorino. Ciò eseguito, si forma in egual maniera il secondo lembo, e quindi tagliando il ligamento capsulare si lussa con facilità il dito dalla parte dorsale della mano, e si separa totalmente, mercè il taglio de' tendini flessori, i quali per lo più in questo modo di operare sono gli ultimi ad essere recisi. La medicatura, consiste nel riunire i lembi fatti, e nel rimanente è presso che simile alle già accennate di sopra.

Fra le disarticolazioni delle grandi estremità è sicuramente la più difficile, e pericolosa quella del femore. La quantità dei muscoli, che deesi recidere, la grossezza dei vasi, la robustezza, e situazione del ligamento terete, la profondità dell' articolazione medesima, rendono ragione del pericolo, e difficoltà, che incontrar si deve necessariamente in cotesta operazione. *Schmucker* crede, che essa non si debba ammettere in Chirurgia, ne si possa praticare ragionevolmente da un Cerusico. Altri hanno cercato di renderla meno difficile, segando il collo del femore, invece di disarticolare il suo capo. Altri finalmente hanno creduto, che si potesse soltanto praticare, quando la malattia, che la richiede, avesse già principiata la separazione della parte, onde poco resti al Professore da recidere per compire la disarticolazione. Tuttociò sebbene dimostra la difficoltà, ed il pericolo, che si sono sempre conosciuti accompagnare questa operazione, pure dobbiamo coraggiosamente intraprendere la medesima, secondo l' asserzione dei Professori *Vetch*, *Larrey*, *Toll*, ed altri; in tutti quei casi, che passiamo

ad accennare, modificandone però il manuale condo l' affezione più o meno estesa delle p molli; o dure, che compongono la parte superi della coscia.

Ha luogo adunque la disarticolazione del fem negl' estremi casi, in cui l' affezione abbia irrer diabilmente attaccato la sostanza di esso nella parte periore, o delle parti molli, che lo circondanc e per conseguenza sia in un pericolo certo di ta l' infermo; (il quale del resto, sia giovane, fornito di forze sufficienti, per sostenere con pr babilità di felice successo codesta grande oper zione); come accade allorchè un' aneurisma nel crurale, una cancrena, sfacelo, una ferita d' arn da fuoco, una frattura comminuta, una carie, a biano occupato la porzione superiore di ques estremità.

Supposto il caso, che richieda la disartic lazione del femore, e preparato, che sia il n cessario apparecchio; il quale dee consistere i un coltello retto; ed alquanto stretto; un bisto rino convesso nel tagliente; un ago curvo co punta ottusa; pinzette anatomiche; filo cerato spugna, lunghe liste di ceroto adesivo; fila, pez ze adattate; e fascie circolari; si pone il malat alla sponda di un letto duro; ed il Professore si tuato nella parte interna dell' articolo d' asportar si, fa un taglio longitudinale con il bistorino vicino alla piegatura dell inguine, secondo la direzione dell' arteria crurale; che se fia possibile, si farà sollevando una piega di tegumenti. E' facile in tal modo scoprire l' arteria, che si deve separare dal nervo, e sotto di essa si passa l' ago munito del filo incerato, e si lega l' arteria in un colla vena più da vicino, che si può al lega-

mento di *Fallogio*, e per modo, che non si senta più la pulsazione nelle parti inferiori. Ciò eseguito, si deve passare in poca distanza della legatura fatta, un secondo nastrino di filo incerato, il quale potrà servire, se il caso lo esigga. Tosto dopo il Professore prende il coltello retto, e perpendicolarmente ne porta la punta tra i tendini flessori della coscia, ed il piccolo trocantere, daddove seguitando a penetrare verso il lato interno del femore fino alla parte posteriore della coscia, taglia i detti tendini; e tutte le parti molli, che formar deggiono il primo lembo, facendo scorrere il tagliente del coltello all'ingiù, e verso l'opposta estremità, termina il taglio sopra la cellulare, cute ec. Appena, che siasi fatto il primo lembo si fa sollevare il medesimo da un' assistente, ed il professore lega i vasi arteriosi, cioè varj rami della pudenda, e l'otturatrice: indi riprende lo stromento tagliente, con cui recide il ligamento capsulare, mercè l'adduzione fatta eseguire da un ajuto all' estremità medesima, la quale spingendosi in questa direzione, si lussa all'indentro. Allora si taglia il ligamento Terete, e si prosegue a recidere totalmente il capsulare, passando col tagliente del coltello dalla parte esterna del femore, fra questo, ed i suoi tendini estensori si giunge al gran trocantere, ove si separano i medesimi, e si prosegue il taglio formando nell'egual maniera del primo il secondo lembo, nel quale colle dita di un pratico Assistente si fanno otturare le boccuccie dell'arterie recise.

Separato interamente l'articolo si passa a legare l'altre arterie, che si rinvengono in questo secondo lembo, cioè, le otturatrici, l'iliaca posteriore, alcuni rami della pudenda, della gluzia, della sciatica, e tutti i più piccoli rami,

che si presentano nell' estensione delle parti re se, portandovi a contatto una spugna bagn nell' acqua tiepida; anzi si fa slentare la legat fatta alla crurale per accertarsi, se vi sono al rami, che abbiano bisogno di essere legati; che si farà senza indugio. La legatura princip si consiglia non stringerla nuovamente; ma si scierà in sito per stringerla in caso di emorragi Essendo il Cerusico sicuro; che non vi sia p alcuna diramazione arteriosa d' allacciarsi; do aver lavato la ferita dai grumi di sangue ne farà la riunione con qualche punta di sutu interrotta; che interessi i soli tegumenti, non cl con lunghe liste di ceroto, applicherà indi fila compresse, e sosterrà il tutto con una fasciatu a spica.

La suppurazione, che si stabilisce in quest caso è certamente molto abbondante, e pericol sa, e richiede per conseguenza tutta l' attenzior del Professore; diretta secondo le regole già i altro luogo indicate; colle quali deesi ancora pre stare grande assistenza al malato dopo che sia formata la cicatrice; se esso sia stato abbastanz fortunato nel conseguirla; fuggendo dalle fauc della morte, in grazia dell' opera della mano d un coraggioso, ed esperto Cerusico.

E' fuori di dubbio; che debbasi piuttost disarticolare la gamba dai condili del femore, d quello; che eseguire l' amputazione di questo quante volte però lo permetta la situazione dell malattia; che richiede l' operazione. Per quest medesima ragione si deve lasciare in sito la rotu la, altrimenti si dovrà asportare.

Fermato il corso del sangue in cotesto arti- colo, e situato, che sia il malato; non che pre- [illegible] il necessario apparecchio, il quale è diverso

soltanto del pocanzi accennato negli stromenti taglienti, servendo in questo un grosso bistorino a taglio convesso, ed un altro retto, e piuttosto lungo, si fa dal Professore col primo bistorino un taglio semicircolare dei tegumenti sulla tuberosità della tibia; facendo tenere la gamba semiflessa, per cui si recide ancora facilmente il ligamento, che unisce la rotula alla tibia. Se poi si debba portar via la rotella si farà il primo taglio de' tegumenti vicino al tendine de' muscoli estensori della gamba, il quale si dee recidere, invece del suindicato ligamento. Nel primo caso in un colla rotula si rovesciano i tegumenti, quando che nel secondo caso, si fanno questi soltanto tirare all' in sù, lasciando essa attaccata alla gamba, e quindi si seguita in egual maniera la disarticolazione cioè tagliando i ligamenti laterali; e tutta la capsula per potere col bistorino retto, facendo maggiormente flettere la gamba, recidere i ligamenti crociati, ed in fine formare egualmente del primo lembo, il secondo, o posteriore. Eseguita in tal modo la disarticolazione del ginocchio si dovranno usare le medesime cautele, tanto per legare i vasi arteriosi, quanto per la medicatura, e cura consecutiva.

Il piede si disarticola parzialmente col metodo di *Chopart*, che già è stato da noi accennato di sopra, il quale offre il doppio vantaggio di fornire al malato un punto d' appoggio nel calcagno, cosa, che non si ottiene coll' intera disarticolazione del piede, e di non essere così difficile, e pericolosa come la disarticolazione dell' ossa del metatarso. Il metodo di praticarla è il seguente.

Si fa situare il malato in modo, che il piede, e la gamba sporghino fuori del letto, un ministro

sostiene la gamba, ed un secondo ministro c
prime la crurale: il Professore prende il piede
la mano sinistra, e col bistorino a taglio conv
incide li tegumenti sul dorso del piede due po
sotto l' articolazione dell' ossa del tarso con q
le della gamba; e con questo taglio dividesi
cora il muscolo estensor breve delle dita, ed i
dini estensori fino all' osso. Posto ciò, si fa
due taglj laterali, che dal di sotto ai malleoli
minino al taglio già fatto, e formasi in tal g
un lembo superiore. Sollevato il medesimo,
penetra col coltello fra l' astragalo, e lo scafoi
e dopo fra il calcagno, ed il cuboide, tagliar
i ligamenti, che uniscono quest' ossa fra lo
Divise le ossa con un coltello più lungo si for
un lembo sotto il piede, che basti a ricopr
la superficie delle ossa scoperte, ed in que
maniera si viene a separare la porzione anteri
del piede, de a formare un lembo, che serve á ri
prire la piaga. In cotesta operazione si recido
molte arterie, le quali debbono legarsi a misur
che se ne fa la recisione, acciò non incomodi
nel tempo, che si opera. Ordinariamente so
tre, o quattro, che deggiono essere allacciate;
sono: la dorsale, quella del tarso, e le due pla
tari, interna cioè, ed esterna.

Quando si sarà sicuri, che sieno legati tu
i vasi arteriosi potrà medicarsi la ferita ricopre
do le ossa con i due lembi formati, e poi tene
do in sito i medesimi per mezzo di liste di cer
to adesivo, che si sostengono colle fila, compre
se, ad una fasciatura contentiva. La suppurazio
è per solito assai mite, riunendosi la maggior pa
te della piaga per prima intenzione.

Nelle ossa del metatarso non si può ammett
re la loro disarticolazione [illegible]

metacarpo; ed abbenchè si ammetta da qualcuno nel primo osso, in cui si articola il dito grosso del piede, pure dee darsi con ragione la preferenza in questo caso all' amputazione del medesimo, fattane però la resezione obbliquamente con una piccola sega, e nel rimanente si usano le medesime cautele.

Nelle dita del piede il metodo è presso che simile a quello, che si adopera nella disarticolazione delle dita della mano, colla differenza, che si procura, che il lembo inferiore sia più grande del superiore, acciò la cicatrice resti superiormente, onde il piede non abbia a posare sulla medesima.

Fine dell' Opera.

INDICE

De' Capitoli contenuti in questo Terzo Volume

CAPO I. *Operazioni, che si praticano sulla Testa* . . . . . Pag.

ART. I. Della Trapanazione . . . . . .

ART. II. Della Cateratta . . . . . .

ART. III. Della Pupilla Artificiale . . . . .

ART. IV. Della Fistola lagrimale . . . . . .

ART. V. Del Polipo del Naso . . . . . .

ART. VI. Del Labbro Leporino . . . . . .

CAPO II. *Delle Operazioni che si praticano sul Collo* . . . . . .

ART. I. Estirpazione delle Tonsille i

ART. II. Della Broncotomia . . . . . .

ART. III. Dell' Esofagatomia . . . . . .

CAPO III. *Delle Operazioni, che si eseguiscono sul petto* . . . . . .

ART. I. Dell' Estirpazione del Cancro delle Mammelle i

ART. II. Dell' Operazione dell' Empiema . . . 6

ART. III. Della Trapanazione dello Sterno . . 7

CAPO IV. *Delle Operazioni, che si praticano sull' Addome* 7

ART. I. Delle Suture i

ART. II. Della Paracentesi dell' Addome . . 8

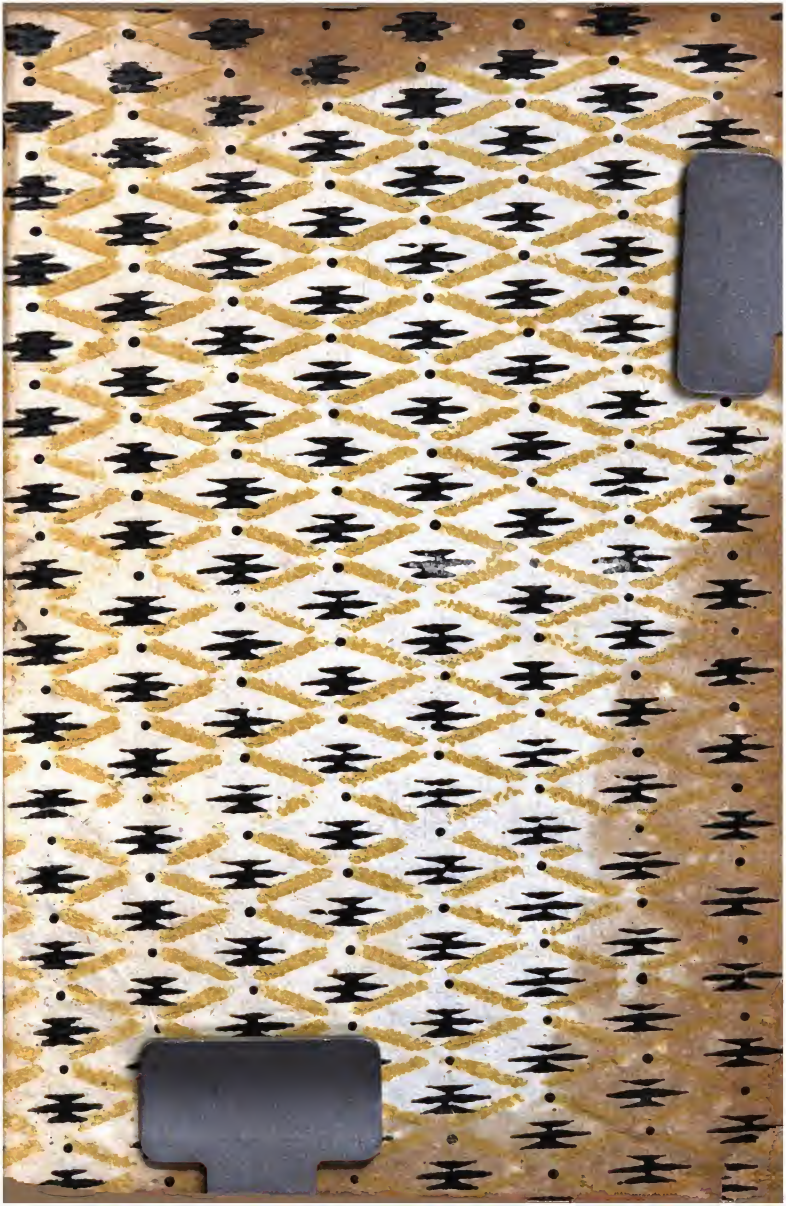
ART. III. Dell' Operazione Cesarea 9

ART. IV. Della Nefrotomia 10

ART. V. Della Bubboncele 10

ART. VI. Del Cateterismo 11

ART. VII. Della Puncture della Vescica . . .

ART.VIII. Della Litotomia . . . . . Pag.. 123
ART.IX. Dell'estrazione de' Calcoli dall'Uretra . 134
ART. X. Dell' Operazione dell' Idrocele . . . 135
ART.XI. Della Castrazione 140
ART.XII. Dell'amputazione della Verga . . . 144
ART.XIII. Dell' Operazione del Fimosi, e Parafimosi 145
ART.XIV. Dell' Operazione della Fistola dell' Ano 147
ART.XV. Dell'Operazione dell' Ano Imperforato. 152
CAPO V. *Dell' Operazioni che si praticano sull' estremità* 155
ART. I. Dell' Operazione dell' Aneurisma . . ivi
ART. II. Delle Amputazioni 166
ART. III. Delle Disarticolazioni 193

BIBLIOTECA NAZ. ROMA VITTORIO EMANUELE